



пепсичних симптомів харчової алергії (порушення харчової толерантності). Такі діти також потребували тривалої дезінтоксикаційно-регідраційної терапії, призначення сорбентів, а в деяких випадках підключенню антигістамінних препаратів та ферментної терапії.

ВИСНОВКИ

Серед дітей раннього віку з харчовою алергією, хворих на гострі кишкові інфекції, превалювало вірусно-бактеріальне ураження кишківника переважно з групи умовно-патогенної флори.

Вірусно-бактеріальне ураження кишківника у дітей раннього віку з харчовою алергією супроводжувалось більш вираженими та тривалими проявами диспепсичного синдрому з токсико-ексикозом.

Серед сучасних особливостей перебігу гострих кишкових інфекцій у дітей раннього віку з харчовою алергією слід відзначити значну частоту цитолітичного синдрому з боку гепатоцитів, що потребує проведення дезінтоксикаційної терапії.

Діти з харчовою алергією, хворі на гострі кишкові інфекції, потребують корекції харчового режиму, призначення ентеросорбентів та антигістамінних засобів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Хавкин А.И., Смолкин Ю.С., Муху И.А. и др. Значение ингаляционных аллергенов при атопических поражениях ЖКТ у детей

//Педиатрия.– 1993, №4. – С.20-21.

2. Руководство по детскому лечебному питанию //Под редакцией Ладодо К.С.– М.: Медицина, 2000. – 384с.

3. Тарасов В.Н., Балашина О.В., Звездин С.М. и др. Эпидемиологический анализ кишечных инфекций у детей первых 2 лет жизни //Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2000. – №6. – С.48-49.

4. Боровик Т.Э., Ладодо К.С., Рославцева Е.А. и др. Современные взгляды на организацию прикорма детей с пищевой аллергией // Вопросы детской диетологии.-2003.Т.1. – №1.– С.79-82.

5. Смирнова Г.И. Гастроинтестинальная пищевая аллергия у детей //Вопросы детской диетологии. – 2003.Т.1. – №2. – С.52-59.

6. Ласиця О.Л., Ласиця Т.С., Недельська С.М. Алергологія дитячого віку.- Київ: Книга плюс, 2004. – 367с.

7. Боровик Т.Э., Макарова С.Г., Гусева И.М. и др. Профилактика пищевой аллергии в раннем детском возрасте //Вопросы современной педиатрии.-2006. – Т.5. – №4. – С.69 – 74.

8. Аналіз стану дитячої інфекційної служби в Україні за 2007р.: Повідомлення МОЗ України №4.25 – 372 від 24.06.08р.

9. Zeiger R.S. Dietary aspects of food allergy prevention in infants and children //J.Pediatr. Gastroenterol.Nutr., – 2000: 30; 77-86.

10. Von Berg A., Koletzko S., GrRbl A. et al. The effect of hydrolyzed cow's milk formula for allergy prevention in the first year of life: The German Infant Nutritional Intervention Study, a randomized double-blind trial //J Allergy Clin. Immunol. 2003; 111: 3: 533-540.

11. Baral V.R., O'B Hourihane J. Food allergy in children //Postgrad Med J. 2005; 81; 693-701.

12. Cavataio F., Guandalini S.Cow's milk allergy. In: Essential pediatric gastroenterology, hepatology, & nutrition. /S.Guandalini, ed. New York: McGraw-Hill; 2005; 175-192.

Сведения об авторах:

Усачёва Е.В., к.мед.н., доцент, зав. курсом детских инфекционных болезней ЗГМУ.

Пахольчук Т.Н., к.мед.н., доцент курса детских инфекционных болезней ЗГМУ.

Силина Е.А., к.мед.н., ассистент курса детских инфекционных болезней ЗГМУ.

Шульга О.В., зав. детским кишечным отделением ОИКБ, г. Запорожье.

Берестовая И.В., врач МГДКБ №5, г. Запорожье.

Пахольчук О.П., аспирант, кафедры факультетской педиатрии ЗГМУ.

Адрес для переписки:

Пахольчук Татьяна Николаевна, 69035,г.Запорожье, пр-т Маяковского, 26, ЗГМУ, кафедра госпитальной педиатрии с курсом детских инфекционных болезней. Тел.: (0612) 224-34-21.

УДК: 616.211/.232-06:616.329/.33-008.17-053.37

В.А. Феклин, В.А. Клименко, В.П. Кандыба, А.С. Романова, Е.В. Давиденко, Д.Т. Древаль, Т.А.Халтурина, Л.Н. Гайдамака

РЕСПИРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Харьковский национальный медицинский университет,
КУОЗ областная детская клиническая больница №1, г. Харьков*

Ключові слова: діти раннього віку, бронхообструктивний синдром, гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба.

Ключевые слова: дети раннего возраста, бронхообструктивный синдром, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

Key words: young children, bronchi obstructive syndrome, gastroesophageal reflux disease.

Описан клинический случай – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у ребенка 1 год 5 мес., которая клинически проявлялась рецидивирующим бронхообструктивным синдромом и отсутствием жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта

Описано клінічний випадок – гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба у дитини 1 рік 5 міс., яка клінічно проявлялася рецидивуючим бронхообструктивним синдромом при відсутності скарг на стан шлунково-кишкового тракту.

It was described the case of gastroesophageal reflux disease in 1 year and 5 months old child. There were complains on disorders of respiratory system only; complains on gastroesophageal disorders were absent.

Бронхообструктивный синдром (БОС) – состояние, с которым часто сталкиваются педиатры. Наиболее частой причиной БОС у детей являются заболевания дыхательной системы. Нередко пациентам с рецидивирующим БОС выставляется диагноз бронхиальной астмы. Однако,

следует помнить, что БОС является гетерогенным по своей сути и может быть проявлением заболеваний желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и нервной систем, глистных инвазий и др. [1, 2, 3, 5]. В случаях, когда поражение дыхательной системы является вторичным, рутинная

© В.А. Феклин, В.А. Клименко, В.П. Кандыба, А.С. Романова, Е.В. Давиденко, Д.Т. Древаль, Т.А.Халтурина, Л.Н. Гайдамака, 2009

терапия БОС оказывается неэффективной.

ЦЕЛЬЮ настоящей **ПУБЛИКАЦИИ** является описание клинического случая – гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, которая клинически проявлялась рецидивирующим БОС.

Девочка М., в возрасте 1 год 5 мес. поступила в клинику с жалобами матери на наличие у ребенка затрудненного дыхания, сухого навязчивого кашля, беспокойства. Заболевание началось остро за одни сутки до госпитализации, когда внезапно появились вышеуказанные жалобы.

Из анамнеза заболевания известно, что ребенок в возрасте 1 год 3 месяца перенес острый обструктивный бронхит, острый риносинусит, которые начались остро и протекали на фоне нормальной температуры тела. В возрасте 1 год 4 месяца девочка перенесла правостороннюю очаговую пневмонию, внегоспитальную, средней степени тяжести, осложненную БОС, ателектазом левого легкого (рис.1,2). Находилась в отделении реанимации и интенсивной терапии, получала ИВЛ в течение 2 суток.

Из анамнеза жизни известно, что девочка от 2-й беременности, 2-х родов, протекавших гладко. Вес при рождении - 4200г. На грудном вскармливании - до 5 мес. Привита по календарю. До 1 года 3 мес. девочка не болела. Аллергоанамнез и наследственность по аллергии не отягощены. Отец и старший брат (6 лет) ребенка страдают хроническим гастродуоденитом. Семья проживает в отдельном частном доме, в доме есть домашнее животное – кот.

Объективно при поступлении состояние девочки расценено как тяжелое за счет дыхательной недостаточности III степени. Кожные покровы бледные, акроцианоз, слизистая оболочка зева розовая, без налетов. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы, единичные, до 0,5 см в диаметре, безболезненные. Одышка экспираторного характера, выдох удлинен, дистанционные хрипы, кашель сухой, навязчивый. Отмечается тахипное до 70 в минуту. Дыхание - с участием вспомогательной мускулатуры и втяжением податливых участков грудной клетки. Грудная клетка расширена в переднезаднем размере, её экскурсия снижена, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими - коробочный звук над всей поверхностью легких с обеих сторон. Аускультативно над легкими - обилие сухих свистящих и единичные влажные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон. Тахикардия до 170 в минуту, артериальное давление 96/38 мм.рт.ст., перкуторно границы относительной сердечной тупости сужены, аускультативно - тахикардия, тоны сердца ритмичные. Живот не вздут, мягкий, доступен пальпации во всех отделах. Нижний край печени мягкоэластичной консистенции, пальпируется на 2 см. ниже края реберной дуги.

Девочка консультирована отоларингологом, который обнаружил острый гнойный этмоидит; неврологом – постгипоксическое поражение ЦНС, синдром церебрального угнетения тяжелой степени; аллергологом – для уточнения этиологии рецидивирующего БОС рекомендовано определение IgE общего, уровня антител Ig G+Ig M к хламидиям и микоплазме.



Рис. 1. Ателектаз левого легкого у ребенка 1г. 4 мес. с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

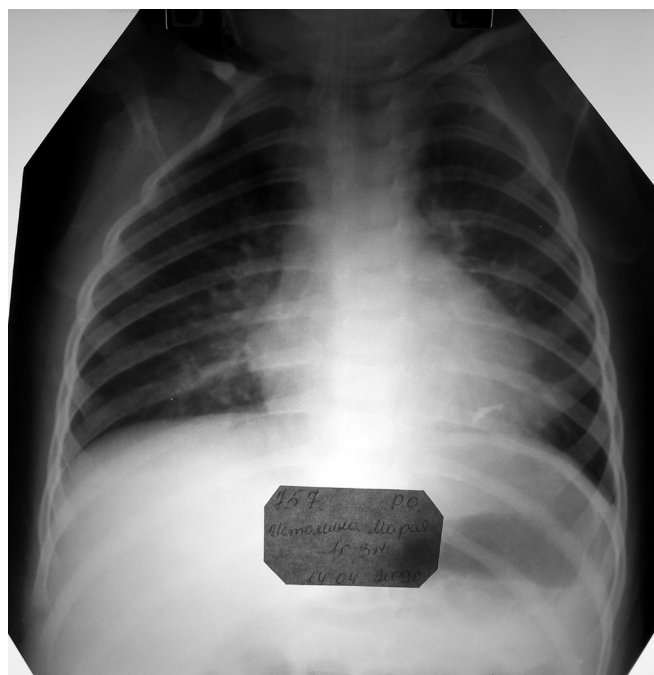


Рис. 2. Тот же ребенок. Расправление ателектаза.

При лабораторном исследовании в клиническом анализе крови: дефицитная анемия I степени, умеренный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево – эр-ты $3,78 \cdot 10^{12}/л$, Hb 104 г/л, лейкоциты $13,8 \cdot 10^9/л$, э.-1 %, п.-9 %, с.-74 %, л.-14 %, м.-2 %, СОЭ 4 мм/ч.

КЩС венозной крови: снижение насыщения крови кислородом до 70%, pH снижен до 7,13, парциальное давление углекислого газа и кислорода повышено pCO_2 73,3 mmHg, pO_2 70,0 mmHg.



Бакпосев отделяемого из трахеи – *S.epidermidis* со среды накопления.

При рентгенологическом исследовании легких в прямой проекции – очагово-инфильтративные изменения в легких не выявлены, легочные поля вздуты, реберно-диафрагмальные синусы свободны, контуры купола диафрагмы ровные, четкие; сердце – без изменений.

Хламидии *pneumoniae*, *psitacsi* – антитела Ig G+Ig M – отрицательные.

Микоплазма *pneumoniae* – антитела Ig G+Ig M – отрицательные.

Хлориды пота – 11,3 мэкв/л, 16,7 мэкв/л, 14,3 мэкв/л.

Иммунограмма: лимфоциты – 56 %, нейтрофилы – 44 %, CD3 – 75 % (62 – 69 %), CD4 – 41 % (30 – 40 %), CD8 – 33 % (25 – 33 %), CD22 – 19 % (13 – 22 %), CD25 – 16 % (10 – 18 %), IgA – 1,02 г/л (0,5±0,24 г/л), IgM – 1,44 г/л (0,58±0,23 г/л), IgG – 6,05 г/л (7,62±2,09 г/л), IgE – 26,5 МЕ/мл (до 60МЕ/мл).

Ранний возраста пациента, рецидивирующий характер заболевания, отсутствие лихорадки при обострениях, отсутствие физикальных изменений в легких в межприступный период, наличие в анамнезе ателектаза легкого, отсутствие атопического дерматита у ребенка и неотягощенная по аллергии наследственность, наличие в семье (отец и старший брат) хронического гастродуоденита, нормальный уровень IgE, отсутствие эозинофилии в крови, исключение хламидийной и микоплазменной инфекции, позволили заподозрить наличие у ребенка гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Проведена эзофагогастродуоденоскопия – пищевод свободный на всем протяжении, слизистая оболочка пищевода в нижней трети отечна, тотальная гиперемия, в просвете пищевода – много слизи. На остальном протяжении слизистая оболочка не изменена. Хиатус замыкается полностью. Слизистая оболочка желудка умеренно отечная, отмечается мелкоочаговая гиперемия. Складки слизистой обычных размеров, пилорический отдел обычных размеров, не замыкается, имеется рефлюкс желчи. Луковица 12-перстной кишки обычной формы, раздувается воздухом свободно, эндоскоп проходит свободно, слизистая отечна, гиперемирована, в просвете много желчи. Заключение: дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс, поверхностный эзофагит.

Таким образом, был выставлен диагноз – ГЭРБ, рефлюкс-эзофагит II степени. Девочка консультирована гастроэнтерологом – диагноз подтвержден.

Назначено лечение: 1) антирефлюксная диета (питание дробное небольшими порциями, пища густой консистенции, исключены механические, термические, химические раздражители, переедание и продукты, которые снижают тонус нижнего пищеводного отверстия – жиры, томаты, шоколад, лук, уксус, цитрусовые); 2) режим (после еды не ложиться, последнее кормления – за 3-4 часа до сна, спать в кровати с приподнятым головным концом, ограничить физические нагрузки и наклоны тела, избегать тесной одежды, тугих поясов), ограничить прием препаратов, которые снижают тонус нижнего пищеводного отверстия

(теофиллин и т.д.); 3) прокинетики домперидол по 2,5 мг 3 раза в сутки за 15-20 мин. до еды + 1 раз перед сном – 4 недели; 4) фосфалогель по 1/2 пакетика после еды 3 раза в сутки через 1 час после еды – 4 недели.

Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) – распространенное состояние, встречающееся у миллионов людей. О гастроэзофагеальной рефлюксной болезни говорят, когда рефлюкс сопровождается симптомами и/или приводит к осложнениям. Истинная частота ГЭРБ у детей неизвестна [4, 6, 8].

Традиционно различают две формы рефлюкса. Физиологический ГЭР – понятие, имеющее в основном теоретическое значение. Встречается у абсолютно здоровых людей любого возраста, отмечается чаще после приема пищи, характеризуется невысокой частотой (не более 20-30 эпизодов в день) и незначительной длительностью (не более 20 сек), не имеет клинических симптомов, не приводит к формированию рефлюкс-эзофагита. Патологический ГЭР – основа формирования ГЭРБ как нозологической единицы. Встречается в любое время суток, нередко не зависит от приема пищи, характеризуется высокой частотой (более 50 эпизодов в день), ведет к повреждению слизистой оболочки пищевода разной степени выраженности с возможным формированием пищеводных и внепищеводных проявлений.

Основные факторы возникновения ГЭР: 1) недостаточность кардии; 2) снижение эзофагеального очищения (клиренса); 3) гастродуоденальная дисмоторика. Нарушение клиренса пищевода и гастродуоденальная дисмоторика обусловлены в основном морфо-функциональной незрелостью вегетативной нервной системы (ВНС) различного генеза, а также воспалительными изменениями слизистой оболочки пищевода, желудка и 12-перстной кишки [6].

Связь между пищеводом и бронхиальным деревом объясняется общностью их происхождения из первичной пищеварительной трубки и единой иннервацией веточками блуждающего нерва. ГЭР может вызывать респираторные симптомы двумя путями: 1) прямым, обусловленным аспирацией желудочного содержимого с развитием механической бронхообструкции и (реже) пневмонии и 2) непрямым (невральным). Непрямой (невральным) путь развития БОС при ГЭР реализуется при попадании желудочного или кишечного содержимого на слизистую пищевода по афферентным волокнам вагуса с развитием вагусных рефлексов и, как следствие, бронхоспазма, ларингоспазма, брадикардии, центрального апное [7]. Развитию БОС при ГЭР у детей способствует склонность вегетативных эффектов к генерализации, их лабильность и быстрый переход из одной системы в другую [5].

Клинические проявления заболевания во многом зависят от возраста ребенка. Так, у детей первого года жизни преобладают «внепищеводные» проявления в виде респираторных расстройств (кашель, дисфония, приступы удушья), а также синдром рвоты и срыгивания. По мере роста ребенка на передний план выходят «пищеводные» проявления рефлюкса. Более чем у 60% детей при поражении пищевода отмечаются характерные клинические признаки, к которым



относятся тупые, ноющие боли в подложечной области и за грудиной, усиливающиеся сразу после принятия пищи и несколько ослабевающие в течение последующих 1,5–2 часов, а также различные диспепсические проявления, так называемые «верхние диспепсии»: нарушения глотания (дисфагия), отрыжка (нередко кислым, воздухом или съеденной пищей), изжога, периодически возникающая икота, тошнота, рвота. У детей младшего возраста выявляется симптом «мокрой подушки» как проявление пассивной регургитации [6, 8].

Для диагностики ГЭРБ используются: эндоскопическое исследование и внутрипищеводная рН-метрия, возможно проведение рентгенологического исследования, интраэзофагеальной импедансометрии, манометрии пищевода, радионуклидного исследования (желудочно-пищеводная скинтиграфия). «Золотым стандартом» в диагностике ГЭРБ считается внутрипищеводная рН-метрия (суточное рН-мониторирование), однако проведение данного исследования затруднено у детей раннего возраста [6, 8].

Лечение ГЭРБ у детей зависит от степени выраженности клинической симптоматики и воспалительных изменений пищевода и направлено на нормализацию перистальтической деятельности пищевода и желудка, восстановление и нормализацию кислотообразующей функции желудка, ликвидацию воспалительных изменений и восстановление структуры слизистой оболочки пищевода [1, 6].

Анализируя данные литературы и собственные наблюдения, следует отметить, что особенностью описанного клинического наблюдения ГЭРБ у ребенка раннего возраста является полное отсутствие жалоб на состояние желудочно-кишечного тракта.

ВЫВОДЫ

1. Верификация этиологии рецидивирующего бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста представляет значительные диагностические трудности.

2. Часто причиной рецидивирующего бронхообструктивного синдрома является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, которая клинически у детей раннего возраста характеризуется минимальной выраженностью (вплоть до полного отсутствия) диспепсического синдрома.

3. Только знания и настороженность врачей в отношении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни могут повысить эффективность диагностики данного заболевания у детей раннего возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Блоусов Ю.В.* Гастроэнтерология дитячого віку. Підручник. – К.: СПД Коляда О.П., 2007. – 440 с.: іл.
2. *Воловцев О.П., Прохоров М.П., Срібний М.М.* Діагностика, лікування та профілактика бронхообструктивного синдрому у дітей: Метод. реком. — К., 2005. — 23 с.
3. *Недельская С.Н., Боярская Л.Н., Шумная Т.Е. и др.* Факторы риска развития острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста. Здоровье ребенка. – 2007. – №3(6). – С. 14 – 17.
4. *Овсянников Е.С., Семенова Г.Г.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как причина хронического кашля. *Cosilium Medicum.* - 2004. - <http://www.gastroscan.ru/batra/ovs01.htm>.
5. *Охотникова Е.Н.* Синдром бронхиальной обструкции инфекционного и аллергического генеза у детей раннего возраста и муколитическая терапия. *Здоровье ребенка.* 2007. - №3(6). - С. 7 – 10.
6. *Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей (проект стандартов диагностики и лечения). Материалы XIV Конгресса детских гастроэнтерологов России. “Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей”, Москва. – 2007. – С.75-90.
7. *Приворотский В.Ф., Орлов А.В., Герасимова Т.А., и др.* Заболевания респираторного тракта у детей, ассоциированные с гастро-эзофагеальным рефлюксом. Сборник статей и тезисов 6-го национального конгресса по муковисцидозу. Санкт-Петербург, 11-12 сентября. 2003. - С. 31-35.
8. *Щербаков П.Л.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей. *Российский медицинский журнал. Болезни органов пищеварения.* – 2007. – Том 9. – № 2. – С. 42-47.

Сведения об авторах:

Феклин В. А., д.мед.н., профессор, зав. каф. пропедевтики педиатрии №2 Харьковского национального медицинского университета.
Клименко В. А., к.мед.н., доцент каф. пропедевтики педиатрии №2 Харьковского национального медицинского университета.
Кандыба В.П., к.мед.н., доцент кафедры пропедевтики педиатрии №2 Харьковского национального медицинского университета.
Романова А. С., к.мед.н. ассистент Харьковский национальный медицинский университет, каф. пропедевтики педиатрии №2.
Древаль Д. Т., к.мед.н., ассистент Харьковского национального медицинского университета, кафедра пропедевтики педиатрии №2.
Халтурина Т. А., зам. главного врача по педиатрии КЗОЗ Областная детская клиническая больница №1 г.Харькова.
Гайдамака Л. Н., зав. отделения патологии детей младшего возраста КЗОЗ Областная детская клиническая больница №1 г.Харькова.

Контактный телефон: 8-075-338-20-69, 8-066-114-70-71.

E-mail: anna_romanova@mail.ru, romanova.anna@mail.ru