

Срыгивания или гастроэзофагальный рефлюкс у грудных детей

розділ: Захворювання та фізіологія ШКТ у дітей, дата: 09.08.2013, автор: И. П. Пасечник



Гастроэзофагальный рефлюкс (срыгивания) у детей грудного возраста.

Гастроэзофагальный рефлюкс (ГЭР) одна из самых частых причин обращения к педиатру, гастроэнтерологу на протяжении первого года жизни. ГЭР обычное физиологическое явление у детей первого года жизни и часто сопровождается срыгиванием или рвотой. Как минимум 60-70% детей срыгивали хотя бы 1 раз в течение 24 часов к возрасту 3-4 месяца. Помимо недоразвития нижнего отдела пищевода, в основе рефлюкса у новорожденных и грудных детей лежат такие причины как незначительный объем желудка и его шарообразная форма, замедленное опорожнения желудка. В основном физиологический рефлюкс не имеет клинических последствий и проходит спонтанно, когда эффективный антирефлюксный барьер постепенно устанавливается с введением твердой пищи и вертикальным положением у 60% к 6 месяцам, у 90% к 8-10 месяцам после рождения. Отличие «физиологического рефлюкса» от «патологического» заключается не только в количестве и тяжести эпизодов срыгиваний, но и в наличии или отсутствии осложнений, таких как – эрозивный эзофагит, задержка развития, стриктуры (сужения) пищевода, хронический кашель.

Классификация ГЭР.

Физиологический (функциональный) ГЭР. Эти пациенты не имеют никакой сопутствующей патологии. Рост и развитие нормальные, медикаментозная терапия не нужна.

Патологический ГЭР или гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Пациенты имеют вышеперечисленные осложнения и требуют наблюдения и медикаментозного лечения.

Вторичный ГЭР. Возникающий на фоне сопутствующей патологии, предрасполагающей к рефлюксу, например, астма.

ГЭР и респираторные симптомы у детей.

ГЭР часто сопровождается респираторными симптомами у детей.

Верхние отделы дыхательных путей и пищевода у детей связаны рецепторами, которые активируются водой, кислым содержимым желудка. Раздражение этих рецепторов приводит к повышению сопротивления дыхательных путей, что приводит к реактивным заболеваниям в

дыхательных путях.

В 1892 Ослер первый доказал связь астмы и ГЭРБ.

Бронхоспазм при ГЭРБ обусловлен как попаданием микрочастиц пищи в дыхательные пути, так и повышением кислотности в пищеводе (пищеводно-кислотный рефлекс).

ГЭР и другие заболевания у детей.

Апноэ и ЛОР (отиты, синуситы) заболевания, могут быть вызваны ГЭР.

Слизистая глотки очень чувствительна к воздействию кислоты, ГЭР может вызывать воспаление глотки (стридор, ларингит).

Возраст.

ГЭР в основном наблюдается у детей в возрасте 3-4 месяцев. Хотя может наблюдаться во всех возрастных группах и даже у подростков.

Симптомы ГЭР у грудных и старших детей.

- Плач и раздражительность.
- Апноэ и брадикардия.
- Плохой аппетит.
- Рвота, срыгивания.
- Свистящее дыхание.
- Боль в животе или в груди.
- Стридор.
- Потеря веса и отставание в росте.
- Боль в горле.
- Хронический кашель.
- Ларингит.

Диагностика.

Рвота и срыгивания являются не только симптомом ГЭР, но и многих других заболеваний. Поэтому очень важно обращать внимание на такие опасные симптомы как:

1. Неукротимая рвота с желчью.
2. Гематемезис(рвота с кровью).
3. Рвота и диарея.
4. Напряжение брюшной стенки.
5. Постоянная рвота после 6 месяцев.
6. Лихорадка, сонливость, гепатоспленомегалия.
7. Макроцефалия, судороги.

Наличие любого из этих симптомов требует консультации одного или нескольких специалистов (генетика, хирурга, невропатолога), или более глубокого обследования.

Обследования.

В большинстве случаев диагноз устанавливается на основании анамнеза и осмотра. Однако, в сложных случаях с целью дифференциальной диагностики, показаны инструментальные методы.

- Рентген с контрастом (бариевое молочко) .
- Эзофагография ; внутрипищеводная рН метрия.
- Эзофагодуоденоскопия.
- Гистологическое исследование.

Лечение.

Детям с желудочно-пищеводным рефлюксом прежде всего уменьшают количество пищи на одно кормление, увеличив число кормлений в день. Поскольку кислая пища усиливает рефлюкс, кефир или кислые смеси заменяют на молочные. Нельзя давать соки и сладкое: они усиливают рефлюкс. Срыгивания становятся реже при введении плотной пищи – детям трех-четырех месяцев можно до еды дать 2–3 ложки густой каши. Для более маленьких детей есть специальные смеси, содержащие клейковину рожкового дерева, при попадании в желудок они дают сгусток, ускоряющий продвижение пищи в кишечник. В Украине зарегистрированы такие смеси: Фрисовом, Лемолак, Нутрилон-антирефлюкс, Семпер-бифидус.

После еды рекомендуется поддержать ребенка вертикально в течение 30–50 минут, пока значительная часть съеденного не «опустится» из желудка в кишечник. Полезно сохранять близкую к вертикальной позицию и во сне – с приподнятым на 25 - 30 градусов головным концом кровати.

Если эти меры не уменьшают количество срыгиваний, приходится назначать лекарства прокинетики, способствующие продвижению пищи из желудка в кишечник. Это может сделать Ваш лечащий врач.

Прогноз.

В большинстве случаев ГЭР проходит к 18 месяцам. Однако, в осложненных случаях (стриктуры, аспирация, заболевания дыхательных путей), требуется хирургическое лечение (фундопликация). Как правило прогноз после хирургической коррекции хороший.