



О. Л. Личковська

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Гастроезофагеальний рефлюкс у дітей раннього віку: диференційна діагностика та лікування

Мета — вивчити особливості клінічних виявів фізіологічного та патологічного гастроезофагеального рефлюксу (ГЕР) у немовлят, а також можливостей диференційної діагностики та лікування.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебували 108 дітей віком від 1 до 7 міс, батьки яких вперше звернулися по медичну допомогу з приводу частого зригування. До групи спостереження включали дітей з ознаками фізіологічного ГЕР. Обстеження та лікування проводили згідно з протоколами МОЗ України та рекомендаціями ESPGHAN. Огляд дітей та клінічну оцінку перебігу синдрому зригувань здійснювали при першому відвідуванні, на 3—5, 7—10, 14 і 30-ту добу.

Результати. Серед обстежених дітей незначно переважали хлопчики, за віком — діти до 6 міс з легким та середнім ступенем тяжкості зригувань. На природному вигодовуванні перебували 48 (44,4%) дітей, решта — на штучному або змішаному. Обтяжений спадковий анамнез щодо гастроезофагеальної рефлюксної хвороби виявлено у 47 (43,5%) родин. У 25 (23,1%) дітей часті зригування поєднувалися з неспокоєм та криком, з них у 2 діагностовано KISS-синдром. У 38 дітей з обтяженим алергологічним анамнезом припинення або істотне зменшення інтенсивності зригувань спостерігали на тлі призначення гіпоалергенної дієти (елімінації білків коров'ячого молока).

Висновки. Синдром зригувань у немовлят, навіть якщо він відповідає критерію фізіологічного ГЕР, гетерогенний за природою та може бути виявом різних розладів. Особливу групу складають діти з обтяженим алергологічним анамнезом, у яких зригування можуть бути першим неспецифічним виявом алергії на білки коров'ячого молока. Ступінчаста терапія ГЕР та гастроезофагеальної рефлюксної хвороби у немовлят, рекомендована протоколами МОЗ України та ESPGHAN, є ефективною у більшості дітей, однак потребує врахування гетерогенності цих розладів.

Ключові слова: гастроезофагеальний рефлюкс, немовлята, диференційна діагностика.

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) — один з найчастіших варіантів ураження стравоходу як у дорослих, так і у дітей. Хоча достовірних даних щодо поширення цієї патології в Україні та світі немає через складності діагностики (захворювання тривало може перебігати безсимптомно), частота ГЕРХ серед дитячого населення невідомо зростає [1]. Аналіз результатів ендоскопічного обстеження, проведеного у Львівській обласній дитячій клінічній лікарні «Охматдит», показав, що частота рефлюксів при патології шлунка і дванадцятипалої кишки зросла з 34,6% у 2004 р. до 64,3% у 2014 р. Через мінливість клінічних виявів, відсутність чітких критеріїв диференціації ГЕРХ

та гастроезофагеального рефлюксу (ГЕР) як цілком фізіологічного явища, чітких показань до лікування ГЕР є важливою проблемою сучасної практичної педіатрії.

Згідно з останніми рекомендаціями (2009) Північноамериканського товариства дитячої гастроентерології, гепатології та харчування (NASPGHAN) та Європейського товариства дитячої гастроентерології, гепатології та харчування (ESPGHAN) [10], доповненими і уточненими в 2013 р. [7], ГЕР — це пасивний вихід вмісту шлунка у стравохід з або без регургітації і/або блювоти. ГЕРХ діагностують тоді, коли вміст шлунка потрапляє у стравохід, ротоглотку та ротову порожнину і спричиняє погіршення якості життя і/або ускладнення. ГЕР вважають нормальним фізіологічним явищем, яке спостеріга-

ється до 20–30 разів на добу в здорових немовлят, дітей і дорослих. Зазвичай такі епізоди пов'язані з транзиторною релаксацією нижнього стравохідного сфінктера (НСС), тривають менше ніж 3 хв і не спричиняють жодних симптомів. У пацієнтів з ГЕРХ спостерігається збільшення частоти і тривалості таких епізодів, саме це вважають провідним механізмом виникнення клінічної симптоматики.

Особливу проблему становить ГЕР у немовлят. Ознаки ГЕР спостерігають у 50–60 % здорових немовлят, приблизно у 18 % з них рефлюкс набуває ознак ГЕРХ, яку часто не діагностують вчасно [8]. Схильність немовлят до виникнення рефлюксів можна пояснити анатомо-фізіологічними особливостями:

- відносно короткий НСС (його довжина у немовлят становить 1,5 см, тоді як у дорослих – 3 см);
- у дорослих НСС розташований на рівні діафрагми, у дітей раннього віку – на 2 см вище від рівня діафрагми;
- тиск, який створює НСС, становить у немовлят 20–21 мм рт. ст., тобто вдвічі-втричі нижчий, ніж у дорослих;
- порівняно зі старшими дітьми і дорослими, кут, який утворюють стравохід та дно шлунка (кут Гіса), є менш гострим через горизонтальне розташування шлунка;
- високе стояння діафрагми у немовлят обмежує можливість зниження внутрішньочеревного тиску шляхом підняття діафрагми;
- схильність до спазму пілоруса спричиняє підвищення внутрішньошлункового тиску;
- діти раннього віку схильні до порушень моторної функції травного каналу через незрілість вегетативної регуляції.

ГЕР у немовлят вважають фізіологічним, якщо:

- він спостерігається переважно після їди (тобто лише вдень);
- характеризується невисокою частотою епізодів та незначним об'ємом рефлюксату;
- не приводить до формування езофагіту;
- не супроводжується жодними клінічними виявами. Таких дітей називають *happy spitters*.

У немовлят рефлюкс вважається патологічним, якщо:

- він призводить до зниження калоражу харчування і, відповідно, до втрати маси тіла;
- спричиняє езофагіт;
- спричиняє аспірацію.

Отже, фізіологічний ГЕР виникає під час спонтанних релаксацій НСС переважно після їди, має незначну частоту (до 20 епізодів на добу) і тривалість (до 15–20 с) та не супроводжується

клінічними симптомами. Рефлюкси, які виникають після їди, призводять до потрапляння у стравохід молока, що не спричиняє подразнення слизової оболонки та виникнення езофагіту. На відміну від цього патологічний ГЕР виникає при зниженні базального тиску НСС, через що епізоди рефлюксу стають частішими (понад 50 на добу) і тривалішими. Рефлюкси, які виникають не лише при постпрандіальному підвищенні внутрішньошлункового тиску, призводять до потрапляння у стравохід соляної кислоти, пепсину, жовчі, що спричиняє виникнення езофагіту.

Клінічні вияви ГЕРХ у немовлят неспецифічні, можливі зміни з боку різних органів і систем:

- часте блювання, зригування;
- недостатнє набирання маси тіла або навіть втрата маси;
- відмова від їжі (навіть якщо дитина виглядає голодною, вона робить кілька ковтків, після чого плаче і відмовляється від їжі, ймовірно, через біль при ковтанні);
- дисфагія, гематемезис, анемія;
- плач при зригуванні, відмова від їжі, гримаса болю при ковтанні;
- порушення сну з частими пробудженнями, симптом «мокрої подушки» зранку;
- покашлювання або кашель, рецидивний отит;
- захриплий голос, особливо зранку;
- напади бронхоспазму (особливо вночі) або рецидивуюча пневмонія, бронхообструктивний синдром;
- апное, що іноді супроводжується брадикардією (стан, загрозливий для життя!);
- незвичне положення (вигнутий дугою тулуб, голова нахилена набік, що може нагадувати кривошию).

З огляду на те, що серед клінічних виявів практично відсутні специфічні ознаки (як, наприклад, печія у старших дітей), діагностика ГЕРХ у немовлят часто утруднена. Тому, крім вирішення питання про те, має дитина фізіологічний ГЕР чи ГЕРХ, виникає необхідність у диференційній діагностиці з низкою захворювань, які супроводжуються подібними клінічними виявами.

Мета дослідження – вивчити особливості клінічних виявів фізіологічного та патологічного ГЕР у немовлят, а також можливості диференційної діагностики та лікування.

Матеріали та методи

Під нашим спостереженням перебували 108 дітей віком від 1 до 7 міс, батьки яких вперше звернулися по медичну допомогу з приводу частого зригування. Всі діти народилися від доношеної вагітності, маса тіла при народженні стано-

вила від 2900 до 3650 г. У дослідження не залучали дітей з виявленою супутньою патологією або наявністю при первинному обстеженні хоча б одного з «тривожних симптомів». До групи спостереження ввійшли діти, в яких згідно з критеріями діагностики можна було констатувати наявність фізіологічного ГЕР. Серед обстежених дітей 86 (79,6 %) спостерігалися та лікувалися амбулаторно, 22 (20,4 %) — у стаціонарних умовах.

Обстеження дітей передбачало ретельний збір анамнезу (спадковий анамнез, терміни маніфестації та характер зригування, їх об'єм, зв'язок з прийманням їжі, моторною активністю, змінений чи незмінений білок молока у рефлюксаті, вміст жовчі). Інтенсивність зригувань оцінювали за 5-бальною шкалою [7] (табл. 1).

Клінічне обстеження дітей було спрямоване насамперед на виявлення так званих тривожних симптомів, які могли свідчити про органічну причину зригувань:

- блювання з домішками жовчі;
- ознаки кровотечі з травного каналу (гематемезис, мелена, прожилки крові у калі);
- наростання тяжкості зригувань/блювання;
- лихоманка, млявість, напружене велике тім'ячко, яке виступає над рівнем кісток черепа;
- макро-, мікроцефалія, судоми;
- підозра щодо захворювань обміну (гепатоспленомегалія, незвичний запах сечі, поту);
- роздуття живота, гостра затримка випорожнень;
- втрата маси тіла, яка прогресує;
- клінічні ознаки езофагіту (плач при зригуванні, відмова від їжі через дискомфорт, гримаса болю при ковтанні тощо).

Наявність хоча б одного з перелічених симптомів вважали критерієм виключення з дослідження.

Згідно з рекомендаціями ESPGHAN та протоколами МОЗ України, обстеження пацієнтів включало, окрім загальноклінічних аналізів, визначення рівня печінкових ферментів, електролітів, глюкози, креатиніну, сечовини, фіброезофагогастроуденоскопію, оглядову рентгенографію органів грудної клітки та черевної порожнини, рентгеноконтрастне дослідження верхніх відділів травного каналу, нейросонографію.

Коротку характеристику групи спостереження подано в табл. 2.

Огляд дітей та клінічну оцінку перебігу синдрому зригувань проводили при першому зверненні, на 3–5, 7–10, 14 і 30-ту добу спостереження.

Обробку отриманих результатів проводили з використанням програмного забезпечення Statistica 6.0. Результати наведено як середнє арифметичне значення та стандартне відхилення похиб-

ки середнього арифметичного. За рівень статистичної значущості приймали значення $p < 0,05$ з 95 % довірчим інтервалом. Ефективність лікування оцінювали за результатами аналізу динамічних рядів з визначенням темпів росту (зниження) і ковзної середньої.

Результати та обговорення

Серед обстежених дітей незначно переважали хлопчики, за віком — діти до 6 міс з легким та середнім ступенем тяжкості зригувань (див. табл. 2).

Таблиця 1. Оцінка інтенсивності синдрому зригувань у немовлят

Бали	Критерій
0	Відсутність зригувань
1	До 5 зригувань на добу об'ємом до 3 мл
2	Понад 5 зригувань на добу об'ємом понад 3 мл молока за одне годування, але менше ніж після половини годувань
3	Понад 5 зригувань на добу об'ємом близько половини молока, отриманого за одне годування, не частіше ніж після половини годувань
4	Зригування невеликим об'ємом протягом 30 хв і більше після кожного годування
5	Зригування від половини до повного об'єму молока не менше ніж після половини годувань

Таблиця 2. Характеристика обстежених дітей

Показник	Кількість
Вік	
0–3 міс	49 (45,4 %)
3–6 міс	53 (49,1 %)
Понад 6 міс	6 (5,6 %)
Хлопчики	58 (53,7 %)
Дівчатка	50 (46,3 %)
Вигодовування	
Природне	48 (44,4 %)
Штучне	60 (55,6 %)
Вік дебюту зригувань:	
Відразу після народження	63 (58,3 %)
Пізніше ніж через 3 міс	45 (41,6 %)
Інтенсивність зригувань при первинному огляді	
1 бал	14 (15,1 %)
2–3 бали	89 (82,4 %)
4–5 балів (стійкі зригування)	5 (4,6 %)
Обтяжений спадковий анамнез	
ГЕРХ	47 (43,5 %)
Алергія	38 (35,2 %)

Обтяжений спадковий анамнез щодо симптомів ГЕРХ виявлено у 47 (43,5 %) родин.

У дітей найчастіше виявляли легкий та середній ступінь тяжкості регургітації. Причиною звернення по медичну допомогу при легкій інтенсивності зригувань (14 (15,1 %) дітей) був високий ступінь тривожності батьків, переважно матері. Серед цих дітей домінували первістки (11 (78,6 %)).

У 25 (23,1 %) дітей часті зригування поєднувалися з неспокоєм та криком. У цих пацієнтів проводили диференційну діагностику з неврологічними захворюваннями (гідроцефалія, внутрішньочерепні крововиливи, пухлини). Заперечити ГЕРХ як причину крику дитини необхідно також при підозрі на кольку 3-місячного немовляти.

Часті зригування та крик немовляти характерні для KISS-синдрому (від нім. Kopf-gelenk-Induzierte-Symmetrie-Störung – порушення симетрії, спричинене ураженням атланта-окципітального суглоба (kinetic imbalance due to suboccipital strain – кінетичний дисбаланс через деформацію субокципітальної ділянки)) [2, 4]. KISS-синдром спричинений порушенням функції шийного відділу хребта, яке виникає внаслідок тиску на голівку плода під час пологів, особливо при накладанні щипців, вакуум-екстракції, часто такі діти народжуються переносеними. Типові симптоми KISS-синдрому:

- порушене ковтання, часте зригування, блювання;
- «крикливі немовлята», які, однак, не відповідають критеріям діагностики кольки немовлят;
- гіперестезія, крик при спробі взяти на руки;
- порушення сну (поверхневий, тривожний сон, проблеми з засинанням);

- асиметричне положення – у формі латинської букви S або C (через це часто локальне обличчя голови з одного боку) (рисунок);
- асиметрія черепа (оскільки дитина повертає голівку частіше в один бік), можлива легка асиметрія обличчя;
- схильність до інфекцій;
- м'язова гіпертонія, руховий неспокій;
- «перескакування» окремих фаз розвитку (наприклад, повзання);
- у старшому віці – проблеми з координацією, поведінкові розлади (часто агресивна поведінка, дефіцит уваги), рівень інтелекту зазвичай вищий від середнього.

Лікування KISS-синдрому – масаж, мануальна трапія, лікувальна фізкультура, сенсорна інтегративна терапія. За відсутності адекватної терапії KISS-синдром призводить до частого болю голови, проблем з концентрацією уваги, проблем з читанням (дислексія), рахуванням (дискалькулія), тонкою моторикою. Часто у дітей спостерігається агресивна поведінка. На певних етапах можливе відставання у розвитку мови (наприклад, дитина починає говорити у 3 роки). Такі зміни об'єднано у KIDD-синдром (KISS-induced Dyspraxia and Dysgnosia) [4].

Диференційна діагностика з ГЕР ґрунтується на виявленні типових для KISS ознак, насамперед асиметрії. Серед обстежених нами дітей ознаки KISS-синдрому виявлено у 2 (1,9 %). Крім зригувань, у них спостерігали гіперестезію (вразливість до голосних звуків, плач при спробах взяти дитину на руки, колисати), поверхневий сон, типове положення тіла, обличчя голівки з одного боку. В однієї дитини виявлено виразну асиметрію голівки.



Рисунок. Типове для KISS-синдрому положення тіла дитини (А) у вигляді латинської букви S або S та асиметрія голівки (Б) (зображення з офіційної сторінки Європейської робочої групи з мануальної терапії)

Приблизно в третини дітей (у 38 (35,2%)) був обтяженим алергологічний анамнез, з них по материнській лінії — у 19 (50,0%), по батьківській — в 11 (28,9%), по обох лініях — у 8 (21,1%). У 13 (34,2%) пацієнтів з цієї підгрупи на час первинного огляду спостерігали помірну гіперемію щік (діти, в яких можна було діагностувати алергічний дерматит за прийнятими критеріями, в дослідження не включали). У 14 (36,8%) дітей виявили раннє (до 1-місячного віку) переведення на штучне вигодовування. На зв'язок синдрому зригувань з харчовою алергією на білок коров'ячого молока (БКМ) вказують результати низки досліджень [5, 10, 11]. Зокрема, Y. Vandeplass (2011) [10] встановлено, що зригування може бути виявом алергії на БКМ або їх непереносності. На сьогодні доведено, що ГЕР може бути єдиним виявом алергії на БКМ [6]. Механізми такого зв'язку недостатньо з'ясовані. Моделювання на тваринах демонструє зміни гастроінтестинальної моторики під впливом медіаторів реакції гіперчутливості, зокрема сповільнення спорожнення шлунка, а також зміни його секреторної активності [3]. Підтверджує зв'язок між ГЕР та алергією на БКМ у немовлят, які перебувають на грудному вигодовуванні, той факт, що призначення елімінаційної дієти матері протягом 2 тиж (за даними [9]) сприяло припиненню зригувань у 24% дітей.

Лікування дітей із синдромом зригувань проводили згідно з рекомендаціями ESPGHAN [10]. Після ретельного клінічного обстеження проведено психоедукаційну розмову з батьками. Особливу увагу приділяли необхідності дотримання правильної техніки грудного (або штучного) вигодовування для виключення аерофагії, годування у напіввертикальному положенні, утримання дитини у вертикальному положенні впродовж 20–30 хв після годування, постуральному положенню протягом доби. Клінічний огляд проводили докладно, постійно коментуючи його

результати батькам. Такий огляд з констатацією відсутності патологічних змін знижує тривогу батьків, дає їм змогу об'єктивніше оцінювати стан дитини, спокійніше реагувати на епізоди зригувань. Проведення психоедукаційної бесіди та подальший інформаційний супровід сім'ї були ефективними протягом 3–5 днів у 18 (16,7%) дітей без застосування будь-якої медикаментозної чи дієтотерапії (табл. 3). Дітей, у яких виявлено ознаки KISS-синдрому, скеровано на консультацію до мануального терапевта.

За відсутності ефекту на 3-тю–5-ту добу переходили до другого етапу корекції зригувань у дітей — застосування спеціальних антирефлюксних сумішей. Останні не виключають рефлюксів, але здатні зменшити їх частоту та об'єм рефлюксату [10]. Вони містять загущувачі — крохмаль (рисовий, кукурудзяний, картопляний) або камідь (складова частина клейковини ріжкового дерева), яка не перетравлюється в тонкій кишці та має пребіотичні властивості. Крохмалевмісні суміші діють м'якше, тому їх призначають при легких ступенях ГЕР. Вони потребують тривалішого призначення для досягнення ефекту, ефективні при схильності до проносів. Суміші, які містять камідь, мають більш виражений клінічний ефект у короткі терміни, що сприяє утриманню дитини на природному вигодовуванні, діють на всьому протязі травного каналу, ефективні при нормальних випорожненнях та схильності до закрепів.

Дітям, які перебували на природному вигодовуванні, призначали антирефлюксну суміш по 20–30 мл перед годуванням грудьми або сумішшю. Перевагу віддавали сумішам, які містять камідь та є повноцінними за складом. На тлі такої терапії протягом 7–10 днів зригування припинилися або істотно зменшилися їх частота у 62 (57,4%) дітей, у решти дітей епізоди зригувань зберігалися, хоча інтенсивність їх зменшилася порівняно з оцінкою при першому огляді з

Таблиця 3. Аналіз динаміки клінічних виявів синдрому зригувань у дітей на тлі застосування ступінчастої терапії

Огляд	Безсимптомні пацієнти, %	Ковзне середнє	Темп зростання, %	Інтенсивність зригувань, бал	Ковзне середнє	Темп зниження, %
Первинний	0	–5,1	–	2,51 ± 0,09	2,7	–
3-тя–5-та доба	16,6	24,7	–	2,14 ± 0,21	1,8	–14,7
10–14-та доба	57,4	49,3	235,3	0,77 ± 0,07	1,1	–64,0
21-ша доба	74,1	75,0	29,8	0,29 ± 0,05	0,4	–62,3
30-та доба	94,4	93,3	27,1	0,08 ± 0,03	0,0	–72,4

($2,51 \pm 0,09$) до ($0,77 \pm 0,07$) бала ($p < 0,05$). Серед цих дітей переважали пацієнти з обтяженим алергологічним анамнезом (38), з них у більшості (у 29 (78,9%)) синдром зригувань дебютував не одразу після народження, а пізніше 3-го місяця життя.

Дітям з обтяженим алергологічним анамнезом, які перебували на штучному вигодовуванні, призначали напівгідролізовані профілактичні гіпоалергенні суміші протягом 2–4 тиж, а якщо дитина перебувала на природному вигодовуванні, то гіпоалергенну дієту призначали матері (включали білки коров'ячого молока і курячі яйця). Крім елімінації алергену, позитивна дія напівгідролізованих сумішей при зригуваннях у дітей пов'язана з тим, що суміш швидше евакуюється зі шлунка, скорочуючи постпрандіальне підвищення внутрішньошлункового тиску.

Найбільше зростання кількості безсимптомних пацієнтів спостерігали саме на етапі призна-

чення дієтотерапії (див. табл. 3). Протягом 3 тиж зригування припинилися у 80 (74,4%) дітей, на 30-ту добу спостереження — у 102 пацієнтів. Таким чином, до кінця місяця спостереження безсимптомними були 94,4% дітей.

Висновки

Синдром зригувань у немовлят, навіть якщо він відповідає критерію фізіологічного ГЕР, гетерогенний за природою та може бути виявом різних розладів. Особливу групу складають діти з обтяженим алергологічним анамнезом, у яких зригування може бути першим неспецифічним виявом алергії на білки коров'ячого молока. Ступінчаста терапія гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та гастроєзофагеального рефлюксу у немовлят рекомендована протоколами МОЗ України та ESPGHAN, є ефективною у більшості дітей, однак потребує врахування гетерогенності цих розладів.

Список літератури

1. Боброва В.І., П'янкова О.В., Надточій Н.І., Замула В.В. Епідеміологічні аспекти перебігу хронічної гастроудоденальної патології у дітей // Сучасна гастроентерол. — 2010. — № 2 (52). — С. 33–36.
2. Brand P.L., Engelbert R.H., Helders P.J. et al. Systematic review of the effects of therapy in infants with the KISS-syndrome (kinetic imbalance due to suboccipital strain) // Ned. Tijdschr. Geneesk. — 2005. — Vol. 149, N 13. — P. 703–707.
3. Catto-Smith A.G., Tan D., Gall D.G. et al. Rat gastric motor response to food protein-induced anaphylaxis // Gastroenterology. — 1994. — Vol. 106, N 9. — P. 1505–1513.
4. Huijbregts P.A. Manual therapy in children: role of the evidence-based clinician // J. Manual Manipulat. Ther. — 2006. — Vol. 14, N 1. — P. 7–9.
5. Isolauri E., Tahvanainen A., Peltola T. et al. Breast-feeding of allergic infants // J. Pediatr. — 1999. — Vol. 134 (1). — P. 27–32.
6. Koletzko S., Niggemann B., Arato A. et al. Diagnostic approach and management of cow's milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee practical guidelines // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. — 2012. — Vol. 55. — P. 221–299.
7. Lightdale J.R., Gremse D.A. Gastroesophageal reflux: management guidance for the pediatrician // Pediatrics. — 2013. — Vol. 131, N 5. — P. e1684–1695.
8. Martin A.J., Pratt N., Kennedy J.D. Natural history and familial relationships of infant spilling to 9 years of age // Pediatrics. — 2002. — Vol. 109, N 6. — P. 1061–1067.
9. Van der Pol R., Smite M., Benninga M.A. et al. Nonpharmacological therapies for GERD in infants and children // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. — 2011. — Vol. 53. — P. S6–8.
10. Vandenplas Y., Rudolph C.D., Di Lorenzo C. et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. — 2009. — Vol. 49. — P. 498–547.
11. Vandenplas Y., Veereman-Wauters G., De Greef E. et al. Gastrointestinal manifestation of cow's milk protein allergy or intolerance and gastrointestinal motility // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. — 2011. — Vol. 53. — P. S15–17.

Е. Л. Лычковская

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

Гастроэзофагеальный рефлюкс у детей раннего возраста: дифференциальная диагностика и лечение

Цель — изучить особенности клинических проявлений физиологического и патологического гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) у младенцев, а также возможности дифференциальной диагностики и лечения.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилися 108 дітей в віці від 1 до 7 міс, батьки яких вперше звернулися за медичною допомогою по приводу частих срыгиваний. В групу спостереження включали дітей з ознаками фізіологічного ГЕР. Обстеження і лікування проводили згідно протоколів МЗ України і рекомендаціям ESPGHAN. Осмотр дітей і клінічну оцінку перебігу синдрому срыгивания здійснювали при першому візиті, на 3–5, 7–10, 14 і 30-е дні.

Результати. Серед обстежених дітей незначительно переобладали хлопчики, по віку — діти до 6 міс з легкою і середньою ступенню тяжкості срыгивания. На натуральному вигодовуванні знаходилися 48 (44,4%) дітей, решта — на штучному або змішаному. Тягощений спадковий анамнез по гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі виявлений в 47 (43,5%) сім'ях. У 25 (23,1%) дітей часті срыгивания поєдналися з тривожністю і криком, з них у 2 діагностовано KISS-синдром. У 38 дітей з тягощеним алергологічним анамнезом припинення або суттєве зменшення інтенсивності срыгиваний спостерігали на фоні призначення гіпоалергенної дієти (елімінації білків коров'ячого молока).

Висновки. Синдром срыгивания у дітей, навіть якщо він відповідає критерію фізіологічного ГЕР, гетерогенний за природою і може бути проявом різних розладів. Особливою групою складають діти з тягощеним алергологічним анамнезом, у яких срыгивания бувають першим неспецифічним проявом алергії на білки коров'ячого молока. Ступінчаста терапія ГЕР і гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей, рекомендована протоколами МЗ України і ESPGHAN, ефективна у більшості дітей, однак необхідно враховувати гетерогенність цих розладів.

Ключові слова: гастроєзофагеальний рефлюкс, діти, диференціальна діагностика.

O. L. Lychkovska

Danylo Halytskyi Lviv National Medical University

Gastroesophageal reflux in infants: differential diagnosis and treatment

Objective — to evaluate the peculiarities of the clinical manifestations of physiological and pathological Gastroesophageal reflux GER in infants, possibilities of its differential diagnostics and treatment.

Materials and methods. We examined 108 children aged from one to seven months, which were referred to the medical attention for the first time due to frequent regurgitations. Control group was comprised of children with the signs of physiological GER. The investigations and treatment was performed in accordance with the clinical protocols of the Ministry of Health of Ukraine (MoH) and ESPGHAN recommendations. Physical examination, clinical assessment of the regurgitation syndrome course was performed at admission, and on the days 3–5, 7–10, 14, and 30.

Results. Among the studied population boys were slightly more prevalent. The majority of children were below 6 months of age and presented with mild and moderately severe degree of regurgitations. Forty eight children (44.4%) were breast-fed, while the rest 60 (55.6) were on artificial or on mixed feeding. Family history of gastroesophageal reflux disease (GERD) was established in 47 families (43.5%). In 25 children (23.1%) frequent regurgitation were accompanied by agitation and cry, in two of them KISS syndrome was diagnosed. In 38 children with history of allergy regurgitation was eliminated or significantly reduced after administration of hypoallergenic diet (elimination of cow milk).

Conclusions. Syndrome of regurgitation in infants, even if it is consistent with the criteria of physiological GER, has heterogeneous nature and can accompany various disorders. Special attention should be paid to children with history of allergy, in whom regurgitation may develop as the first nonspecific sign of allergy to cow milk. Stepwise therapy of GER and GERD in infants, recommended by MoH and ESPGHAN, proved to be effective in the majority of cases but the heterogeneity of these disorders should be taken into account.

Key words: gastroesophageal reflux, infants, differential diagnostics.

Контактна інформація

Личковська Олена Львівна, д. мед. н., проф. кафедри, в. о. зав. кафедри пропедевтики педіатрії та медичної генетики
Тел. (32) 275-90-71. E-mail: olychkovska@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 21 січня 2016 р.