

УДК 616.329 – 002 – 02:616 – 008.843.3] – 053.6

В.Г. ПЕРЕДЕРІЙ, д. мед. н., професор; Ю.В. ЧИЧУЛА, к. мед. н.

/Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ/

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба і підліток

Резюме

Згідно зі статистичними даними захворюваність на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) збільшилася. ГЕРХ стала актуальною проблемою дитячої гастроентерології. Серед дітей та підлітків від 6 до 18 років з патологією органів травлення у третини пацієнтів виявлено ендоскопічно позитивну форму захворювання. Провідним її симптомом є печія, кислий присмак у роті, біль та дискомфорт за грудниною, ураження ЛОР-органів внаслідок як екстраєзофагеальних проявів рефлюксної хвороби, так і тютюнопаління.

Поширеність хвороби серед усього населення у світі досить висока – від 7% до 20%. Більшість хворих – пацієнти, які не звертаються до лікаря, лікуються самостійно (так звані «телефонні» рефлюкси); хворі, які найчастіше звертаються до лікаря, – з ускладненнями ГЕРХ (пептичні виразки стравоходу, кровотечі, рубцеві структури) – так звані «шпитальні» рефлюкси.

ГЕРХ виникає при порушенні функції нижнього стравохідного сфінктера (НСС). Порушення його функції може бути зумовлено зниженням тону сфінктера та збільшенням тривалості його спонтанних розслаблень внаслідок дії агресивних факторів. Виділяють два варіанти цього захворювання: ендоскопічно позитивний та ендоскопічно негативний, коли при звичайній ендоскопії не вдається виявити жодних змін у слизовій оболонці стравоходу. За даними світової літератури ендоскопічно негативний варіант зустрічається приблизно у 60% всіх випадків ГЕРХ.

Факторами ризику ГЕРХ, що актуальні в підлітковому віці, є вживання кофеїновмісних продуктів, тютюнопаління, вживання алкоголю та слабоалкогольних напоїв, які знижують тонус НСС, спричиняють пошкоджуючу дію на слизову оболонку стравоходу.

Таким чином, ведення здорового способу життя, відмова від шкідливих звичок – тютюнопаління, вживання алкогольних та слабоалкогольних напоїв підлітками – сприяють поліпшенню якості життя у пацієнтів, що мали клінічні ознаки ГЕРХ.

Актуальність пропагування здорового способу життя полягає в тому, що підліток повинен сам зрозуміти користь порад дорослих і свідомо зробити власний вибір.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, підлітки, фактори ризику

На сьогоднішній день в період стрімкого економічного розвитку, а останнім часом – і економічної кризи, люди все більше піддаються стресовим ситуаціям, вимушені тривалий час перебувати на робочому місці, тримати «руку на пульсі», щоб бути в курсі економічних, політичних та фінансових подій, зайняті на виробництві. Такі умови праці погіршують, а в більшості випадків – і порушують режим праці та відпочинку, режим та раціональне харчування сучасної людини. Деякі батьки мають труднощі у спілкуванні з дітьми, дітям приділяють все менше часу, рідко готують сніданки перед навчанням. Замість цього пропонують дитині гроші, щоб та купила сама собі те, що забажає. На так звану «допомогу» людям прийшли ресторани швидкого харчування. В таких умовах люди стали їсти похапцем, погано пережовуючи їжу, запиваючи кавою, газованими напоями, при цьому не зосередившись на добре сервірованих блюдах, коли повинні включатися механізми безумовних рефлексів для забезпечення активного та ефективного процесу травлення. Часто люди споживають їжу, продовжуючи виконувати службові обов'язки, переглядаючи телепередачі,

читаючи пресу, розмовляючи по телефону, виконуючи шкільні домашні завдання, читаючи книжку, граючись за комп'ютером. Тобто у сучасної урбанізованої людини практично повністю став відсутній етикет прийому їжі, традиції сімейних обідів. На зміну цьому в наше життя, особливо в життя підлітків, з різноманітних рекламних носіїв линує заклик вживати слабоалкогольні напої, пиво, тютюн, продукти, що містять різні смакові домішки, ароматизатори, консерванти, тощо. До того ж, більшість цих продуктів – сумнівної якості. Залишають бажати кращої якості і пакувальні матеріали, посуд одноразового використання без маркування – які саме продукти і якої температури можна вживати з цього посуду. В підлітковому віці здається, ніби все, що дорослі намагаються донести до сумління дитини, нав'язується силою, оживає синдром неприйняття порад від дорослих. Адаже так багато у світі всього нового, все хочеться взнати самому, самому пересвідчитися в користі порад сторонніх людей та реклами, аніж близьких та вчителів, які намагаються весь час примушувати робити тільки правильні кроки в юному житті.

За даними останніх років захворюваність на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) збільшилася. Внаслідок харчування в «фаст фудах», тютюнопаління з дитячого віку, надмірного вживання шоколаду, напоїв, особливо газованих, які містять кофеїн, барвники та ароматизатори, слабоалкогольних напоїв, вживання солодкої та жирної, смаженої їжі, вживання алкоголю – ГЕРХ стала актуальною проблемою дитячої гастроентерології. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у європейських країнах, в тому числі в Україні, збільшується кількість вживання алкоголю на душу населення [3, 7, 8], а перший досвід вживання алкогольних напоїв стається до 13–15 років [1, 6].

За даними літератури серед дітей та підлітків від 6 до 18 років з патологією органів травлення у третини пацієнтів виявлено ендоскопічно позитивну форму захворювання, яка в 24,8% випадках проявлялась у формі катарального та в 5,6% – у формі ерозивно-виразкового рефлюкс-езофагіту.

Провідним її симптомом є печія, кислий присмак у роті, біль та дискомфорт за грудниною, ураження ЛОР-органів (тонзиліти, ларингіти) внаслідок як екстраезофагеальних проявів хвороби, так і тютюнопаління. Всі ці фактори становлять неабияку небезпеку для молодого, ще не до кінця сформованого організму підлітка, для всього підростаючого покоління. Адже кількість молодих людей віком від 10 до 24 років становить чверть населення всього світу.

Коли починають з'являтися такі симптоми, необхідна обов'язкова консультація лікаря, проведення певного обстеження, щоб запобігти подальшому розвитку захворювання і ускладнень, які можуть виникнути внаслідок хвороби.

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба – це хронічне рецидивуюче захворювання, зумовлене ретроградним потраплянням шлункового вмісту в стравохід та/або поза його межі, що призводить до виникнення симптомів, які погіршують якість життя пацієнта, незалежно від того, супроводжується це морфологічними змінами стравоходу чи ні. За даними літератури поширеність цієї патології у європейських країнах становить близько 20–30%.

Розповсюдженість хвороби серед всього населення у світі також достатньо висока – від 7% до 20%, що дозволило назвати ГЕРХ «проблемою третього тисячоліття». Для приблизної оцінки поширеності ГЕРХ в 1985 році Кастелл запропонував схему «айсберга». Більшість хворих (підводна частина айсберга) складають пацієнти, які не звертаються до лікаря, а лікуються самостійно або за порадами знайомих (так звані «телефонні» рефлюкси); середню, надводну частину айсберга складають пацієнти з ГЕРХ, переважно з рефлюкс-езофагітом, які вимушені приймати більш-менш постійне лікування («амбулаторні» рефлюкси); вершина айсберга – хворі з ускладненнями ГЕРХ (пептичні виразки стравоходу, кровотечі, рубцеві структури) – так звані «шпитальні» рефлюкси.

Тобто проблема оцінки реальної поширеності ГЕРХ полягає в тому, що до лікаря звертається тільки невелика частина пацієнтів із цим захворюванням. В провідних країнах світу завдяки значній роботі з роз'яснення хворим можливої небезпеки існуючих симптомів до лікаря звертається все більша кількість пацієнтів, завдяки цьому стає меншою і кількість ускладнень (верхівка айсберга).

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, певно, існує стільки ж, скільки і людина. В 1929 році Фріденвальд з колегами повідомили про 13 випадків швидкого загоєння виразок стравоходу після

припинення дії хлористоводневої кислоти на слизову оболонку експериментальних тварин. Припущення про пептичну природу езофагіту було висказано Вінкельштейном в 1935 році, а термін «рефлюкс-езофагіт» вперше ввів Елісон в 1946 році, признавши тим самим, що шлунковий сік закидається у стравохід, подразнює та викликає там пошкодження. Саме під цією назвою до недавнього часу ГЕРХ була відома практичним лікарям.

Езофагіт в широкому розумінні слова означає запалення стравоходу. Що стосується визначення ГЕРХ – протягом тривалого часу воно залишалось джерелом суперечок щодо того, чи потрібно її вважати самостійним захворюванням, чи це симптомокомплекс, який супроводжує інші захворювання травної системи. Такі, наприклад, як гастрит, гастродуоденіт, пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки. Довгий час ніхто не розглядав такий симптом, як печія, окремо від цих захворювань. Можливість же виявити запалення стравоходу з'явилася тоді, коли з'явилися гнучкі японські зонди, спочатку фіброгастроскопи з волоконною оптикою, потім – відеоендоскопи із вбудованою високочутливою відеокамерою. Стало можливим спостереження за процесами, які відбуваються у стравоході.

На сьогодні гастроентерологи розглядають ГЕРХ як окрему хворобу, що виникає в результаті спонтанного закиду в стравохід, що регулярно повторюється, шлункового вмісту (кислий рефлюкс) або з дванадцятипалої кишки (лужний рефлюкс), який призводить до пошкодження нижнього (дистального) відділу стравоходу та/або виникнення характерних симптомів.

За статистичною класифікацією, Міжнародною класифікацією хвороб Х перегляду існує дві основні форми цього захворювання: рефлюкс-езофагіт (ГЕРХ) та ГЕРХ без езофагіту (або неерозивна рефлюксна хвороба – НЕРХ). Іншими словами, можна виділити два варіанти цього захворювання: ендоскопічно позитивний (ЕП), або видимий при ендоскопії, та ендоскопічно негативний (ЕН), коли при звичайній ендоскопії без застосування спеціальних методик, а іноді – навіть за їх допомоги не вдається виявити жодних змін у слизовій оболонці стравоходу. За даними світової літератури ендоскопічно негативний варіант зустрічається приблизно у 60% всіх випадків ГЕРХ [4, 5].

На Міжнародному конгресі гастроентерологів та ендоскопістів в м. Генваль (Бельгія) в 1997 році було проведено симпозиум з метою виробити рекомендації з діагностики та лікувальної тактики ГЕРХ. Генвальський консенсус пропонує ставити діагноз тим пацієнтам, які мають ризик розвитку органічних ускладнень гастроєзофагеального рефлюксу, та тим, хто має клінічно значуще погіршення якості життя у зв'язку з симптомами рефлюксу після того, як лікар впевниться у доброякісній природі цих симптомів.

За результатами багаторічних багатоцентрових рандомізованих контрольованих досліджень доведено, що рефлюкс (закид) кислоти та пепсину є основним механізмом цього захворювання, але існують і додаткові, ще не вивчені фактори ризику, які також можуть провокувати його появу у окремих пацієнтів. Тобто якщо у хворого підвищена або знижена кислотність шлункового вмісту – це ще не означає, що у нього розвинеться ГЕРХ. Основною причиною того, що шлунковий вміст потрапляє в стравохід і, відповідно, є безпосередньою причиною ГЕРХ, – це порушення функції нижнього стравохідного сфінктера (НСС). Роль сфінктера полягає в тому, щоб перешкоджати такому потраплянню.

Порушення його функції може бути зумовлено зниженням тонусу сфінктера та збільшенням тривалості його спонтанних розслаблень внаслідок дії агресивних факторів.

До основних факторів, актуальних і в підлітковому віці, що призводять до зниження тонусу НСС, відносяться:

- вживання в їжу продуктів, які містять кофеїн (чай, кава, кола);
- застосування лікарських препаратів, які містять кофеїн (цитрамон та ін.);
- прийом ліків, які мають властивість знижувати тонуус НСС (папаверин, но-шпа, баралгін, теофілін, снодійні та ін.);
- тютюнопаління;
- вживання алкоголю, який не тільки знижує тонуус НСС, а й спричиняє безпосередню ушкоджуючу дію на слизову оболонку стравоходу;
- пошкодження блукаючого нерва (вагусна нейропатія, наприклад, при цукровому діабеті).

Внаслідок неправильного режиму харчування та нерационального харчування відбувається підвищення тривалості та частоти спонтанних розслаблень НСС. Цьому також можуть сприяти:

- квапливий надмірно швидкий та надмірний прийом їжі, аерофагія (заковтування повітря), що призводить до підвищення внутрішньошлункового тиску, розслаблення сфінктера і внаслідок цього – рефлюксу;
- дискінезія (порушення рухової функції) стравоходу;
- метеоризм (внаслідок надмірного накопичення газів у кишківнику підвищується тиск в черевній порожнині);
- наявність кили стравохідного отвору діафрагми (створюються анатомічні умови для рефлюксу);
- надмірне вживання в їжу жиру, шоколаду, газованих напоїв, борошняних виробів, смажених страв, гострих приправ (сприяє більш тривалому перебуванню харчових мас у шлунку та підвищенню внутрішньошлункового тиску);
- безпосереднє пошкодження м'язів НСС (при склеродермії);
- вплив на слизову оболонку стравоходу простагландинів E_1 , E_2 та інших медіаторів запалення – цитокінів, які виділяються при запальних процесах органів травлення (пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки, хронічний холецистит, хронічний панкреатит);
- дуоденостаз (застій харчових мас в дванадцятипалій кишці внаслідок порушення її рухової функції).

Крім факторів, що спричиняють розвиток захворювання, обов'язково існують фактори, які запобігають агресивній дії патологічних чинників захворювання. Так, стравохід забезпечений дуже ефективним механізмом, що дозволяє ліквідувати зміщення інтраезофагеального показника рН у кислий бік. Даний захисний механізм називається стравохідним кліренсом і визначається як швидкість евакуації (видалення) хімічного подразника з порожнини стравоходу. Езофагеальний кліренс забезпечується за рахунок активної перистальтики органа, а також лужного компонента слини і слизу. В процесі розвитку ГЕРХ відбувається сповільнення стравохідного кліренсу, пов'язаного, перш за все, з послабленням перистальтики стравоходу та з дисфункцією антирефлюксного бар'єра.

Висновки

Таким чином, основну роль у розвитку ГЕРХ відіграє не стільки рівень кислотності шлункового вмісту, скільки збільшен-

ня тривалості контакту слизової оболонки стравоходу з агресивними факторами, а також збільшення кількості та/або тривалості рефлюксних епізодів. За наявності рефлюксної хвороби слід уникати тривалих фізичних навантажень з нахилами тулуба, особливо після прийому їжі, що може спричинювати епізоди рефлюксу.

Отже, ведення здорового способу життя, відмова від шкідливих звичок – тютюнопаління, вживання алкогольних та слабкоалкогольних напоїв [2, 3], а також зменшення в раціоні продуктів, що підвищують кислотоутворюючу функцію шлунка, – сприяє поліпшенню якості життя (тобто значне зменшення скарг на печію) у пацієнтів, що мали клінічні ознаки ГЕРХ.

З метою боротьби з ризиками для здоров'я у молодих людей в 2011 році на сесії ВООЗ було прийнято комплекс заходів, спрямованих на зменшення вживання алкоголю (прийнято Глобальну стратегію скорочення шкідливого вживання алкоголю; було надано рекомендації з маркетингу харчових продуктів та безалкогольних напоїв, орієнтованих на дітей) [3].

Згідно з рекомендаціями ВООЗ ефективна допомога батьків є важливим фактором захисту здоров'я підлітка [2, 3]. Сприяння розвитку у підлітків життєвих навичок шляхом надання їм психологічної підтримки є важливою складовою в укріпленні психічного і фізичного здоров'я. Актуальність пропагування здорового способу життя полягає не тільки в тому, що батьки і вчителі постійно мусять проводити розмови зі своїми чадом, а і в тому, що підліток сам повинен зрозуміти корисність чи шкідливість порад дорослих і сам – свідомо, самостійно, як серйозна людина – зробити для себе вибір. А найголовніше – зрозуміти, що розумними людьми керувати важче, ніж нерозумними і неосвіченими, які будь-який наказ можуть виконати, не замислюючись про його результат. У наш важкий час головне не йти на повідку у людей, які завдяки рекламній продукції намагаються ослабити сумління та увагу підлітків, з дитячого віку принадажуючи до згубних звичок. Свою позицію підліток повинен вибрати остаточно і безповоротно – і тоді буде здорове майбутнє у нашого покоління.

Додаткова інформація. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Список використаної літератури

1. Балакірева О.М. Рівень поширення і тенденції вживання тютюну, алкогольних напоїв, наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 2011 / О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Ю.П. Галіч та ін. Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: ТОВ ВПК «ОБНОВА», 2011. – 176 с.
2. Пояснювальна записка до проекту Закону України про внесення змін до законодавчих актів України щодо посилення боротьби зі зловживаннями у сфері продажу, споживання та реклами пива, алкогольних та слабоалкогольних напоїв. – Режим доступу: w1.c1.rada.gov.ua.
3. Молодь і ризики для здоров'я. Доклад Секретаріата на 64-й сесії ВООЗ. – Режим доступу: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_25-ru.pdf.
4. Передерий В.Г., Чернявський В.В. Изжога. Опасно ли это? Монографія. – Луганск: ОАО «ЛОТ», 2004. – 170 с.
5. Davies I., Burman-Roy S., Murphy M.S. Gastro-oesophageal reflux disease in children: NICE guidance. Guideline Development Group // B.M.J. – 2015. – Vol. 350. – P. g7703.
6. Електронне джерело. Режим доступу: <http://www.who.int/countries/ukr/ru>.
7. Електронне джерело. Режим доступу: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/ukr.pdf.
8. Електронне джерело. Режим доступу: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1425?lang=en>.

Резюме

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и подросток

В.Г. Передерий, Ю.В. Чичула

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Согласно статистическим данным заболеваемость гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) увеличилась. ГЭРБ стала актуальной проблемой детской гастроэнтерологии. Среди детей и подростков от 6 до 18 лет с патологией органов пищеварения у трети пациентов выявлена эндоскопически позитивная форма заболевания. Ведущими ее симптомами являются изжога, кислый привкус во рту, боль и дискомфорт за грудиной, поражение ЛОР-органов в результате как экстраэзофагеальных проявлений рефлюксной болезни, так и курения.

Распространенность заболевания среди всего населения в мире достаточно высока – от 7% до 20%. Большинство больных – пациенты, которые не обращаются к врачу, лечатся самостоятельно (так называемые «телефонные» рефлюксы); пациенты, обращающиеся к врачу, – в основном с осложнениями ГЭРБ (пептические язвы пищевода, кровотечения, рубцовые структуры) – так называемые «госпитальные» рефлюксы.

ГЭРБ развивается при нарушении функции нижнего пищеводного сфинктера (НПС). Нарушение его функции может быть обусловлено снижением тонуса сфинктера и увеличением продолжительности его спонтанных расслаблений вследствие воздействия агрессивных факторов. Выделяют два варианта: эндоскопически положительный и эндоскопически негативный, когда при обычной эндоскопии не удается обнаружить никаких изменений в слизистой оболочке пищевода. По данным мировой литературы эндоскопически негативный вариант встречается примерно в 60% всех случаев ГЭРБ.

К факторам риска ГЭРБ, которые актуальны в подростковом возрасте, относятся употребление кофеинсодержащих продуктов, курение, употребление алкоголя и слабоалкогольных напитков, которые снижают тонус НПС, вызывают повреждающее действие на слизистую оболочку пищевода.

Таким образом, ведение здорового образа жизни, отказ от вредных привычек – курения, употребления алкогольных и слабоалкогольных напитков подростками – способствует улучшению качества жизни у пациентов, имевших клинические признаки ГЭРБ.

Актуальность пропаганды здорового образа жизни заключается в том, что подросток должен осознать полезность советов взрослых и сознательно сделать собственный выбор.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, подростки, факторы риска

Summary

Gastroesophageal reflux disease and adolescents

V.G. Pyeryedyeriy, Yu.V. Chychula

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

According to statistics, the incidence of gastroesophageal reflux disease (GERD) increased. GERD has become an urgent problem of pediatric gastroenterology. Among children and teens 6 to 18 years with disorders of the digestive system a third of patients detected endoscopically positive form of the disease.

Its leading symptom is heartburn, sour taste in the mouth, chest pain and discomfort, caused to otolaryngology organs as a result of extraesophageal reflux disease and as a result of smoking.

Prevalence of the disease in the general population in the world is high enough – from 7% to 20%. Most patients who do not go to the doctor treated independently (called «telephone» reflux); patients who often go to the doctor – with complications of GERD (peptic ulcer of the esophagus, bleeding, scar structures) – called «hospital» reflux.

GERD is caused by a failure of the lower esophageal sphincter (LES). Failure of functions caused by decreasing sphincter tone and increasing the duration of its spontaneous relaxations due to aggressive factors. There are two variants of the disease: endoscopic positive and endoscopic negative when at normal endoscopy cannot detect any changes in the esophagus mucosa. According to world literature, endoscopically negative variant is found in about 60% of all cases of GERD.

Risk factors for GERD that are relevant to teens are caffeinated products, smoking, alcohol and low alcohol drinks, which lowers the tone of the LES and causes damage effects on the esophageal mucosa.

Conclusions: healthy lifestyle, refusal of bad habits – smoking, drinking of alcohol and low alcohol drinks by teens, improves the quality of life for patients who had clinical symptoms of GERD in past.

The urgency of promoting healthy life lies on the fact that the teenager himself must understand the usefulness of adult advice, and should make choice by himself.

Key words: gastroesophageal reflux disease, adolescents, risk factors