

Гастро-езофагеален рефлукс и неговите усложнения



Доц. д-р Огнян Бранков

МБАЛСМ "Пирогов" - гр. София

Гастро-езофагеалният рефлукс (ГЕР) е най-честото заболяване на хранопровода и най-честата причина кърмачетата да повръщат. Представлява недостатъчност на долния езофагеален сфинктер (ДЕС), или халазия, тоест "халтава кардия", което води до връщане на стомашно съдържимо обратно в хранопровода. Повечето кърмачета имат функционален ГЕР - той се различава от патологичния по броя и тежестта на рефлуксните епизоди и възникналите усложнения. При него няма анатомични или функционални предпоставки за заболяването, а растежът и развитието са нормални и рядко се налага лечение. Патологичен ГЕР, който всъщност представлява гастроезофагеална рефлуксна болест (ГЕРБ), се развива при поява на различни усложнения като стриктура, малнутриция, респираторни проблеми, езофагит и кървене. В тези случаи децата трябва да бъдат изследвани, за да се установи степента на рефлукса и видът на вторичната езофагеална патология. Лечението е индицирано съобразно патологичната находка.

Кърмачетата, които имат сигнификантен рефлукс, възлизат средно 1:500. ГЕР се среща най-често при тях във възрастта между 1 и 4 месеца. Приблизително 85% от децата повръщат през първата седмица от живота си и други 10% имат симптоми до 6-седмична възраст. Симптомите при физиологичния ГЕР могат да се задържат даже до втората година, дълго след като децата са започнали да приемат твърда храна. Това обаче е по-рядък вариант и обикновено това е възрастта на разгърнатото клинично представяне на ГЕРБ, особено при инсуфициентно лечение или липса на таква. Малките деца в този диапазон, които стигат до индицирано оперативно лечение, са имали анатомични предпоставки като вродена хиатална херния или вроден къс хранопровод (брахиезофаг).

Главният патогенетичен механизъм при децата се смята, че е преходната релаксация на ДЕС. Една друга основна причина за ГЕР е забавеното изпразване на стомаха. Наблюдава се по-често при недоносени деца или деца с централно-мозъчна патология. Предразполагащи фактори за рефлукс по време на тази релаксация е положението на тялото по гръб или наведено напред. Течната храна при кърмачетата улеснява регургитацията в сравнение с твърдата храна, приема на от по-големите деца и възрастните.

Респираторните нарушения се дължат на аспирация на стомашно съдържимо или на рефлекторен бронхоспазм. Антирефлуксната терапия е ефективна при пациенти с нощна кашлица. Церебрална парализа, синдром на Даун, забавено развитие и травми на главата са предразполагащи фактори за ГЕР.

Регургитацията, един от най-честите симптоми при децата, може да е от оскъдно количество до обилно повръщане. То се наблюдава най-често след хранване, но също така е възможно да се яви и 1-2 часа след това. Диференциалната диагноза на повръщането включва анатомични аномалии (вродена стеноза на хранопровода, пилоростеноза, пилороспазм, а при по-големите деца - ахалазия на кардията или кардиоспазм). В диференциално-диагностично съображение влизат още алергия към белтъка на кравето мляко, както и по-рядко срещаните вродени нарушения на обмяната.

Честото рефлуктиране на киселинно стомашно съдържимо води на първо място до ерозивни изменения на лигавицата в дисталния хранопровод, което се изявява в рефлукс-езофагит, класифициран на 4 степени. При малките деца, които още не говорят, езофагитът може да се прояви с плач и раздразнителност. По-големите деца съобщават за признаци на дисфагия,

болки или парене зад гръдната кост, оригване и чувство на тежест.

Друг основен признак е изоставането на тегло, което може да продължи прогресивно през началните години от живота на детето, до момента на поставяне на диагнозата. То е в резултат от надостатъчен внос на калории, вследствие на постоянното повръщане. Хълцането, нарушението на съня и синдромът на Сандифер също могат да са свързани с ГЕР и езофагит.

■ Диагноза

■ Образни изследвания

В повечето случаи диагнозата може да бъде поставена по данните от анамнезата и физикалния статус. Консервативното лечение може да се започне и емпирично. Подробно изследване е необходимо, ако са налице нетипични оплаквания или липса на ефект от терапията.

■ Контрастно изследване на ГИТ

С негова помощ се установяват налични анатомични особености или аномалии, но методът е с ниска специфичност и чувствителност за ГЕР. Оценяват се още езофагеалният и стомашен мотилитет.

■ 24-часова рН-метрия

Документира тежестта и честотата



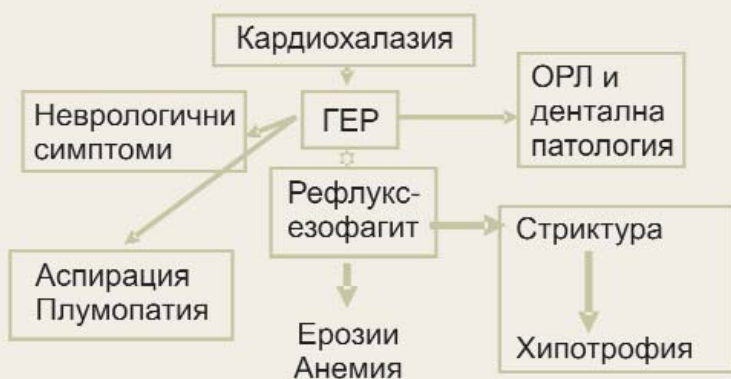
ТАБЛИЦА 1

Симптоми на ГЕР при кърмачета и малки деца

Неспецифична симптоматика	Специфична симптоматика	Оро-фарингеална симптоматика
Плач и/или раздразнителност Апнея и/или брадикардия Намален апетит Респираторни прояви Отслабване на теглото Ретростернална болка	Повръщане Регургитация Хронична пулмопатия Sandifer синдром	Хроничен стоматит Хроничен отит Рецидивираща, катарална ангина Хроничен ларингит

ТАБЛИЦА 2

Патогенеза на рефлуксната болест



на рефлукса. РН-метрията все още е златният стандарт за диагнозата, но не винаги е възможно нейното широко приложение. Използва се за количествена оценка на киселинния рефлукс. Изчисляват се процента на рефлуксните епизоди под рН 4.0 спрямо цялостното време за изследването.

■ Манометрия

Много подходяща за кърмачета и деца. Оценяват се езофагеалният мотилитет и функцията на долния езофагеален сфинктер.

■ ФЕГС

Ендоскопското изследване разкрива промените в езофагеалната лигавица и степента на рефлукс-езофагита, наличието на пептична язва или стриктура. Необходимо е да се вземат проби за хистологично изследване и евентуално за *H. Pylori*.

■ Хистологична находка

Хистологичните белези на пепти-

чен езофагит включват хиперплазия на базалните клетки, удължени папили и еозинофилна инфилтрация. Броят на еозинофилите също е от значение за етиологията на рефлукса както при кърмачета, така и при големи деца.

■ Лечение

■ Консервативно лечение

Подобряването на хранителната формула е най-доброто терапевтично средство, особено в случаите на изоставане в растежа. Освен това намаляват плача и повръщането. Резултатите са по-добри при кърмачетата, отколкото при по-големите деца. В леките случаи позицията по корем и обогатяването на диетата с консистентни храни е напълно достатъчно. Поставяне на леглото на детето с 30° повдигане откъм главата също допринася за отзвучаване на симптомите. Така се постига намаляване на киселинната секреция и се подобрява изпразването

на стомаха. Това понижава киселата компонента в рефлуктата. С усъвършенстването на лекарствените средства и ранната диагностика намалява нуждата от хирургично лечение.

■ Медикаментозното лечение

Медикаментозното лечение се базира на три принципа: антиацидна терапия (ацидсупресори), прокинетичи и мукопротективни средства. То може да продължи до 2 месеца, въпреки че според някои автори лечението добива краен ефект след 4-6 месеца. Оценката за резултатите от него стават на базата на контрастното рентгеново изследване и 24-часовата рН-метрия. При положителен ефект теглото на детето се увеличава, а повръщането намалява. Рецидивиращи белодробни проблеми или персистираща анемия са индикации за оперативно лечение.

■ Прокинетичи

Прилагат се преди ацидосупресиращата терапия при деца без демонстративен езофагит и мотилитетни нарушения (забавено стомашно изпразване), преваляващи над киселинното дразнене (регургитацията е по-честа от болката). *Cisaprid* (*Propulsid*) подобрява индиректно мотилитета на горния етаж на храносмилателния тракт и ускорява изпразването на стомаха, с което подобрява тонуса на ДЕС и намалява интрагастралното налягане.

■ Ацидсупресиращи средства

Инхибиторите на протонната помпа са модерният избор. *Omeprazole* намалява стомашната секреция като инхибира K^+/H^+ помпа. Използва се и за кратко, и за дългосрочно (4-8 седмици) лечение на ГЕРБ. Прилага се с първото хранене през деня (при децата с НГС или гастростома могат да се използват гранули, смесени с подкиселен сок).

■ Мукопротектори

Най-подходящ за деца над 2 години с изявен рефлукс-езофагит и киселинно парене зад гръдната кост е *Sucralfate*, който изгражда бариера към солната киселина и пепсина, като по този начин неутрализира киселинния рефлуктат.

■ **GABA β -агонисти** (гама-аминомаслена киселина β -рецепторни агонисти) - *Vaclofen* - редуцира преход-



ФИГУРА 1



Кардиохалазия

ФИГУРА 2



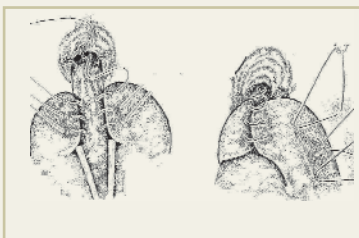
Хиатусна херния

ФИГУРА 3



Брахиезофаг

ФИГУРА 4



Операция по Нисен

ната релаксация на ДЕС, все още е на етап клинично проучване.

Оперативно лечение

Целта на оперативното лечение е да се възстанови антирефлуксният клапен механизъм, при което трябва да не се пречи на нормалното преглъщане. Фундопликацията по Нисен, която представлява увиване на фундуса на 360°, е най-добрият метод за контрол на симптомите, но може да доведе до епизоди на дисфагия и раздуване на стомаха (gas bloat syndrome). Тази методика се прилага при индицирани случаи (къс хранопровод, рецидив на болестта), затова се предпочита частичното увиване на фундуса на 260° или 180°.

Хирургичното лечение е индицирано при деца, при които медикаментозното лечение не е дало резултат след 2 месеца лечение, или деца с неспецифична симптоматика като респираторни проблеми или анемия, които не се повлияват от консервативното лечение. Абсолютна индикация за операция е стриктурата на хранопровода или Баретова язва, рискови пациенти с прояви на апнея или брадикардия, пациенти с неврологични прояви, които се нуждаят от гастростома за хранене, деца с руминация, някои деца след операция за атрезия на хранопровода.

Патогенеза на ГЕРБ

Патологичният цикъл на рефлуксната болест се базира на перманентния гастро-езофагеален рефлукс. Езофагитът води до ерозия на лигавицата, окултни кръвоизливи и хронична анемия. Рефлукс-езофагитът води до фиброзна стриктура на хранопровода или пептична язва с Баретов хранопровод, съпроводено с дисфагия и хипотрофия. Дразненето на вагусовите окончания вследствие рефлукса или директното аспириране на киселинно съдържимо предизвиква бронхоспазм и последващи астмоподобни пристъпи, апнея, хронична пневмония. Киселинното въздействие на стомашния сок предизвиква ерозия на зъбите, хроничен тонзилит и ларингит. ■