**Антонець Валентина Андріївна. Клініко-інструментальні критерії діагностики гастроезофагеального рефлюксу у дітей : дис... канд. мед. наук: 14.01.10 / Вінницький національний медичний ун-т ім. М.І.Пирогова. — Вінниця, 2007. — 162арк. — Бібліогр.: арк. 140-162**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Антонець В.А. Клініко-інструментальні критерії діагностики гастроезофагеального рефлюксу у дітей. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.10 – “Педіатрія”, Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ, 2007.  Дисертація присвячена проблемі вдосконалення діагностики гастроезофагеального рефлюксу у дітей на основі оптимізації клініко-інструментального і морфологічного досліджень.  При виконанні роботи проведено комплексне обстеження дітей з гастроезофагеальним рефлюксом і бронхіальною астмою і вперше проаналізовано зв`язок між показниками добового рН-моніторингу стравоходу, морфологічними змінами слизової оболонки стравоходу з клінічними проявами гастроезофагеального рефлюксу у дітей.  Під час обстеження здорових дітей одержані показники, які в подальшому розглядали як нормативні у дітей віком від 10 до 16 років.  В результаті проведеногоклінічного обстеження дітей з гастроезофагеальним рефлюксом встановлена відсутність патогномонічних симптомів, які дозволяють клінічно встановити діагноз ГЕР. Після комплексного обстеження виявлено, що клінічні прояви ГЕР у дітей не залежать від ступеня ураження слизової оболонки стравоходу, але підвищення ацидності рефлюксату призводить до збільшення імовірності виникнення відчуття печії – одного з провідних симптомів ГЕР у дітей.  Вперше показано, що у дітей з ГЕР з макроскопічно не зміненою слизовою оболонкою при гістологічному дослідженні виявляються структурні зміни епітелію стравоходу.  Встановлено, що у 86,84% дітей, хворих на бронхіальну астму, гастроезофагеальний рефлекс проявляється як кислим, так і лужним вмістом в стравоході. Причому з підвищенням ступеня тяжкості бронхіальної астми збільшується загальна кількість рефлюксів з рН<4 і час знаходження кислого вмісту в стравоході.  Для визначення діагностичної цінності різних методів обстеження були розраховані показники чутливості та спеціфічності. Встановлено, що найбільш високу діагностичну цінність для встановлення діагнозу ГЕР має добовий рН-моніторинг стравоходу.  Вперше для діагностики ГЕР у дітей застосовано експрес-метод комп’ютерної базальної топографічної рН-метрії по довжині шлунка, а також проаналізовано зв’язок між рівнем базальної секреції, кількістю і тривалістю рефлюксів. На основі одержаних результатів були розроблені критерії та алгоритм діагностики ГЕР у дітей. | |
| |  | | --- | | У роботі проведено теоретичне обгрунтування і запропоновано нове вирішення проблеми підвищення інформативності діагностики гастроезофагеального рефлюксу у дітей з використанням добового рН-моніторингу стравоходу, фіброгастродуоденоскопії та експрес рН-метрії шлунка.   1. Встановлено, що клінічний перебіг гастроезофагеального рефлюксу у дітей характеризується больовим, диспепсичним, астеновегетативним та респіраторним синдромами. Доведено, що основною скаргою, яка дозволяє запідозрити гастроезофагеальний рефлюкс у дітей, є печія, – високоспецифічний (100%), але малочутливий (33%) симптом для даного захворювання. Скарги на біль в животі та відрижку виявлені у 76,19% дітей, але вони неспецифічні (54 і 63%) для гастроезофагеального рефлюксу, оскільки часто зустрічаються при іншій патології травного каналу (хронічний гастрит, гастродуоденіт, холецистит тощо). 2. У 56,5% дітей з порушенням моторно-евакуаторної функції верхнього відділу травного каналу виникають патологічні рефлюкси як кислим, так і лужним вмістом. Встановлено, що у дітей з гастроезофагеальним рефлюксом загальна кількість рефлюксів з рН<4 перевищує 52,04±4,96 (р<0,001), кількість рефлюксів з рН<4 тривалістю понад 5 хвилин більше 2,75±0,82 (р<0,001), загальна кількість лужних рефлюксів перевищує 8,29±2,84 (р<0,02), час експозиції кислого вмісту в стравоході – 4,21±1,22 (р<0,001), час експозиції лужного вмісту в стравоході – 2,54±1,04 (р<0,05). 3. У 86,84% дітей, хворих на бронхіальну астму, виявлені патологічні гастроезофагеальні рефлюкси кислим і лужним вмістом. При добовому рН-моніторингу стравоходу у дітей з гастроезофагеальним рефлюксом і у дітей з бронхіальною астмою і ГЕР не виявлено статистично значимої різниці в загальній кількості рефлюксів, їх тривалості, часі експозиції кислого і дуоденального вмісту в стравоході, показниках Ме і Мо, а також тривалості найбільш довгого рефлюксу. З підвищенням ступеня тяжкості бронхіальної астми збільшується загальна кількість рефлюксів з рН<4 і час експозиції кислого вмісту в стравоході. 4. При визначенні рівня базальної кислотності шлункового соку у дітей, хворих на бронхіальну астму з гастроезофагеальним рефлюксом відмічається статистично значиме (р<0,001) підвищення кислотопродукції (42,11%) порівняно з дітьми з гастроезофагеальним рефлюксом (35,71%). У дітей без патології травного каналу при експрес рН-метрії переважає нормоацидність. Статистично значиме зменшення кислотопродукції спостерігається у дітей з гастроезофагеальним рефлюксом. 5. При фіброгастродуоденоскопії у дітей з гастроезофагеальним рефлюксом найчастіше виявляється езофагіт І (59,5%) та ІІ (14,3%) ступеня, тоді як езофагіт ІІІ ступеня – лише у 4,8% хворих. У дітей, хворих на бронхіальну астму з ГЕР, частіше виявляється езофагіт І ступеня (36,4%), тоді як езофагіт ІІ і ІІІ ступеня – у 6,1 і 3% хворих відповідно. Заслуговує на увагу те, що ендоскопічно негативна картина достовірно частіше (51,5%) відмічається у дітей, хворих на бронхіальну астму з гастроезофагеальним рефлюксом, ніж у дітей без бронхіальної астми (21,4%). Стравохід Баррета виявлено у 3% дітей, хворих на бронхіальну астму. 6. У дітей з гастроезофагеальним рефлюксом з макроскопічно не зміненою слизовою оболонкою при гістологічному дослідженні виявлені структурні зміни епітелію стравоходу. Макроскопічні зміни слизової оболонки стравоходу у дітей з езофагітом І-ІІІ ступеня відповідають мікроскопічним змінам при гістологічному дослідженні (r=0,31). 7. Клінічні прояви ГЕР у дітей не залежать від ступеня ураження слизової оболонки стравоходу. Встановлено взаємозв’язок помірної сили (r=0,32) між виникненням і вираженістю печії і збільшенням рН мінімального: при підвищенні ацидності рефлюксату збільшується частота печії. Коефіцієнт кореляції між загальною кількістю рефлюксів з рН **<**4 і макроскопічним і мікроскопічним ступеням ураження слизової оболонки стравоходу становить +0,34 і +0,4 | |