



Эрозивный рефлюкс-эзофагит у ребенка пяти лет*

Харитонов Д. В.^{1,2}, Сапожников В. Г.^{1,2}, Осипцов Н. В.², Никишина Ю. И.²

¹ ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», пр. Ленина, 92, Тула, 300012, Россия

² ГУЗ «Тульская детская областная клиническая больница», ул. Бондаренко, 39, Тула, 300010, Россия

Для цитирования: Харитонов Д. В., Сапожников В. Г., Осипцов Н. В., Никишина Ю. И. Эрозивный рефлюкс-эзофагит у ребенка пяти лет. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2023;209(1): 178–181. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-209-1-178-181

✉ *Для переписки:*

Сапожников

Владимир

Григорьевич

vladim1409

@yandex.ru

Харитонов Дмитрий Викторович, главный врач; преподаватель кафедры педиатрии

Сапожников Владимир Григорьевич, д.м.н., проф., заведующий кафедрой педиатрии

Осипцов Николай Владимирович, заведующий отделением эндоскопии

Никишина Юлия Игоревна, врач-ординатор

Резюме

* **Иллюстрации**

к статье –

на цветной

вклейке в журнал

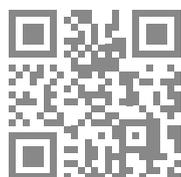
(стр. VI).

Приводится клинический пример течения эрозивного Нр-ассоциированного рефлюкс-эзофагита у ребенка 5 лет. Показана важность своевременного проведения эзофагогастродуоденоскопии для постановки диагноза и назначения адекватной терапии.

Ключевые слова: эрозии, эзофагит, дети

EDN: VRGMKI

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.





Erosive reflux esophagitis in a 5-year-old child*

D.V. Kharitonov^{1,2}, V.G. Sapozhnikov^{1,2}, N.V. Osiptsov², Yu. I. Nikishina²

¹ Tula State University, 92 Lenin Avenue, Tula, 300012, Russia

² Tula Children's Regional Clinical Hospital, 39 Bondarenko Str., Tula, 300010, Russia

For citation: Kharitonov D.V., Sapozhnikov V.G., Osiptsov N.V., Nikishina Yu. I. Erosive reflux esophagitis in a 5-year-old child. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2023;209(1): 178–181. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-209-1-178-181

✉ *Corresponding author:*

Vladimir G. Sapozhnikov
vladim1409
@yandex.ru

Dmitry V. Kharitonov, Hospital Chief Executive Officer; Lecturer in the Pediatrics Department
Vladimir G. Sapozhnikov, Doctor of Medical Sciences, prof., Head of the Pediatrics Department
Osiptsov N. Vladimirovich, Head of the Endoscopy Department
Nikishina Yu. Igorevna, Attending physician

Summary

A clinical example of the course of erosive Hp-associated reflux esophagitis in a 5-year-old child is given. The importance of timely esophagogastroduodenoscopy for diagnosis and adequate therapy is shown.

Keywords: erosion, esophagitis, children

Conflict of interest. Authors declare no conflict of interest.

* Illustrations to the article are on the colored inset of the Journal (p. VI).

Одной из наиболее частых жалоб в детской гастроэнтерологии являются диспепсические расстройства, на их долю приходится от 20 до 50% [1]. И только у 5–10% больных детей они связаны с органическими, преимущественно воспалительными заболеваниями [1, 2], в 90–95% случаев носят функциональный характер, чаще как проявление функциональной диспепсии. Клиническая симптоматика, проведение на основании её дифференциальной диагностики между функциональными и воспалительными, в том числе эрозивно-язвенными поражениями пищевода, двенадцатиперстной кишки у детей, включая рефлюкс-эзофагит (РЭ) зачастую затруднены [1, 2, 3, 4, 5]. Это требует применения для установления диагноза инструментального исследования, в первую очередь – эндоскопического исследования в виде проведения эзофагогастroduodenоскопии у пациентов.

Рефлюкс-эзофагит у детей младшего возраста является клинической казуистикой, в его этиопатогенезе, безусловно, имеет значение наследственная генетическая предрасположенность [1, 2, 5], нарушение иммунной защиты, воздействие психогенных факторов, наличие носительства хеликобактерий пилори (Hp), как и при других воспалительных заболеваниях верхнего этажа полых органов пищеварительного тракта у детей [4]. В этой связи представляется интересным следующее клиническое наблюдение.

Больная С., 5 лет 11.08.22 поступила в стационар с жалобами на боли в животе в эпигастрии, в правом подреберье, за грудиной. Периодически, чаще по утрам возникающую тошноту, рвоту, отрыжку пищей, вздутием, снижение аппетита. Ребенок со слов матери потерял в весе до 2 кг за последние 5 месяцев, на протяжении которых мать и считает девочку больной.

Из анамнеза известно, что у ребенка за месяц до поступления данная симптоматика усилилась. Мама обратилась в частную медицинскую клинику за помощью, ребенок был осмотрен гастроэнтерологом, проведено копрологическое исследование (без патологических изменений), сделан соскоб на энтеробиоз – отрицательный, проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости от 03.07.21: найдены признаки дисфункции желчного пузыря. Была назначена дробная, щадящая диета, хофитол, фосфалюгель, панкреатин, аципол. Значительного эффекта не было, в связи с чем 11.08.22 девочка была госпитализирована в Тульскую детскую областную клиническую больницу с диагнозом: дисфункция желчного пузыря.

Анамнез жизни ребенка: отцу 29 лет, здоров, вредных привычек не имеет, матери 23 года, курит, в 19 лет перенесла геморрагический инсульт, на момент поступления в стационар двигательные функции не нарушены, сознание ясное, жалобы на частые головные боли, наблюдается у невропатолога по месту жительства, страдает артериальной гипертензией.

Девочка от первой беременности, первых срочных родов. Беременность была отягощена токсикозом на всем протяжении. Масса тела при рождении 2900 г, длина – 52 см, роды самостоятельные, выписана из роддома на пятые сутки. Находилась на грудном вскармливании на протяжении первых 2 месяцев жизни, в дальнейшем – вскармливание искусственное.

Профилактические прививки сделаны все соответственно Национальному календарю прививок. Перенесенные заболевания: со слов матери, у девочки с рождения отмечены частые срыгивания, вздутые живота, склонность к запорам. В феврале 2022 со слов

матери в легкой форме, на дому, что подтверждено лабораторно, переболела вместе с отцом коронавирусной инфекцией, антибиотики, противовирусные препараты не получала, проводилась только симптоматическая терапия. Аллергический анамнез не отягощен, бытовые условия жизни удовлетворительные, на диспансерном учете у специалистов не состоит.

Эпидемиологический анамнез: на протяжении всей жизни ребенок дома находится в одном помещении с котом, дегельминтизация животного эпизодически проводилась.

Данные объективного обследования: состояние ребенка средней степени тяжести, самочувствие не нарушено, температура тела 36,6°C, ЧСС – 100 в мин, ЧДД – 25 в мин, сатурация – 98%. Вес 21,5 кг, рост – 115 см, окружность грудной клетки в покое – 52 см, индекс Пинье для оценки типа конституции – 41,5, т.е. девочка по типу конституции является астеником. Физическое развитие среднее, гармоничное. Кожные покровы бледные, эластичность снижена, тургор кожи снижен. Видимые слизистые чистые, бледно-розовые, суховатые. Периферические лимфоузлы пальпируются по основным группам, пальпация безболезненная, не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Дыхание в легких везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипов нет при аускультации, сердечные тоны громкие, ритмичные.

Пищеварительная система: язык обложен густым сероватым налетом до корня. Живот участвует в акте дыхания, симметричен, не увеличен в размерах, болезненный в эпигастрии при глубокой пальпации, симптом «поколачивания» отрицательный с двух сторон. Печень пальпируется по краю реберной дуги, не увеличена, не уплотнена, край ровный, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, уплотнен со слов матери, без патологических примесей. Мочевыделение свободное, безболезненное. Наружные половые органы развиты и сформированы правильно. Нервная система: в сознании, активная, на вопросы реагирует адекватно, отвечает. Менингеальных симптомов, очаговой симптоматики поражения головного мозга нет.

Результаты лабораторного, инструментального обследования:

Общий анализ мочи, крови, биохимический анализ крови – без патологических отклонений.

Анализ копрологический – умеренная стеаторея 2 типа.

Анализ кала на антиген лямблий – не обнаружен.

Посев кала на бактерии кишечной группы – роста нет.

РПГА с сальмонеллезным, шигеллезным, псевдотуберкулезным, кишечной иерсиниозным антигенами – отрицательные.

Выводы

1. Развитию эрозивного Нр-ассоциированного рефлюкс-эзофагита у детей дошкольного возраста может способствовать бытовой контакт с источником Нр в виде домашних животных, предшествовавшая функциональная диспепсия.
2. Наличие даже у пациентов младшего возраста отрыжки, изжоги, дискомфорта за грудиной является основанием для проведения диагностической эзофагогастроуденоскопии для подтверждения или исключения в том числе патологии пищевода.

Анализ кала на яйца глист и простейшие трехкратно – яйца глист и простейшие не обнаружены. Соскоб на энтеробиоз – отрицательный.

Анализ крови на IgG к Нр: 6,3 ед/мл (положительный).

Экспресс-тест на Covid-19 от 11.08.22: отрицательный.

На УЗИ брюшной полости от 12.08.22 обнаружены эхопризнаки врожденной деформации (пегрибы) желчного пузыря.

ЭКГ: без патологии.

При эзофагогастроуденоскопии от 12.08.22 обнаружены признаки эрозивного рефлюкс-эзофагита (рис. 1 на цветной вклейке в журнал), поверхностного гастрита: слизистая пищевода очагово гиперемирована в нижней трети, переходный эпителий отечен, гиперемирован, на 3 часа определяется линейная эрозия размерами до 8–10 мм, отмечается контактная кровоточивость, кардия неплотно сомкнута. Содержимое желудка мутное, слизистая оболочка диффузно гиперемирована, рефлюкс желчи отсутствует. Двенадцатиперстная кишка – эндоскопически без патологии.

Таким образом, на основании жалоб, анамнеза, осмотра, результатов лабораторных и инструментальных методов обследования был сформирован следующий диагноз: хронический эрозивный Нр-ассоциированный рефлюкс-эзофагит, поверхностный гастрит, обострение. Сопутствующий диагноз: синдром раздраженной кишки с запорами.

Больная получила следующее лечение: щадящая диета (стол 5), алюминия фосфат (фосфалюгель) – по 1 пакету 3 раза/день x 14 суток, домперидон (мотилиум) – по 3,5 мг x 3 раза/день – 10 суток, омепразол – по 10 мг x 1 раз/день утром – 10 суток, аципол – по 1 капсуле x 2 раза/день – 14 суток, амоксициллин по 250 мг x 2 раза/день – 7 суток.

На фоне проводимой терапии отмечена положительная быстрая динамика: жалобы на отрыжку, изжогу, боли за грудиной исчезли на 2 сутки от начала терапии, болезненность при пальпации в эпигастрии исчезла на 3-и сутки от начала терапии, быстро улучшился аппетит, к 10-м суткам от начала стационарного лечения девочка прибавила 700 грамм массы тела.

При выписке больной рекомендовано:

1. Продолжить щадящую диету до 3 месяцев.
2. Исключить бытовые контакты, пребывание в одном помещении с животными.
3. Продолжить лечение пре-пробиотиками.
4. Провести контрольную эзофагогастроуденоскопию через 45 суток.
5. Санаторно-курортное лечение по профилю заболевания («Ессентуки», «Краинка»)

Литература | References

3. Parmenova L. P. The state of the acid-forming function of the stomach in diseases of the upper digestive tract in children. *Smolenskij medicinskij al'manah*. 2019, No. 3, pp. 122–126 (In Russ.).
Парменова Л. П. Состояние кислотообразующей функции желудка при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта у детей // Смоленский медицинский альманах.
4. Vorob'eva A. V. Features of the course of chronic gastroduodenitis in children (literature review). *Vestnik novyh medicinskih tekhnologij*. 2016, No. 1 (In Russ.).
Воробьева А. В. Особенности течения хронического гастродуоденита у детей (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание.
5. Ikhsanov S. D., Sergienko D. F. INFLUENCE OF VNTR 2 INTRON GENETIC POLYMORPHISM OF IL-1RA GENE ON THE DEVELOPMENT OF A DUODENAL ULCER AND EROSIIVE GASTRODUODENITIS IN CHILDREN. *Astrakhan medical journal*. 2020;15(2):37–44. (In Russ.) doi: 10.17021/2020.15.2.37.44.
Ихсанов С. Д., Сергиенко Д. Ф. ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА VNTR 2 INTRON ГЕНА IL-1Ra НА РАЗВИТИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ЭРОЗИВНОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ. Астраханский медицинский журнал. 2020;15(2):37–44. doi: 10.17021/2020.15.2.37.44.
6. Sapozhnikov V. G., Kuklina N. A. On the etiopathogenetic role of pyloric helicobacteriosis in the development of diseases of the gastrointestinal tract in children. *Pediatrics*. 1997, No. 1, pp.67–72 (In Russ.).
Сапожников В. Г., Куклина Н. А. Об этиопатогенетической роли пилорического геликобактериоза в развитии заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей // Педиатрия.
7. Zimmerman Y. S. Peptic ulcer: a critical analysis of modern state of the problem. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2018;(1):80–89. (In Russ.)
Циммерман Я. С. Язвенная болезнь: критический анализ современного состояния проблемы. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;(1):80–89.

К статье

Эрозивный рефлюкс-эзофагит у ребенка пяти лет (стр. 178–181)

To article

Erosive reflux esophagitis in a 5-year-old child (p. 178–181)

Рисунок 1. Эндоскопические изменения слизистой оболочки нижней трети пищевода у девочки 5 лет с эрозивным рефлюкс-эзофагитом: слизистая оболочка пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, определяется эрозия размерами 8x10 мм с неровными краями.

Figure 1. Endoscopic changes in the mucous membrane of the lower third of the esophagus in a 5-year-old girl with erosive reflux esophagitis: the mucous membrane of the esophagus in the lower third is hyperemic, edematous, with erosion measuring 8x10 mm with jagged edges.

