

Общество детских гастроэнтерологов России

Рабочий протокол диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей

Принят на XX Конгрессе детских гастроэнтерологов России и стран СНГ.

Москва, 19-21 марта 2013 г.

В.Ф. Приворотский, Н.Е. Луппова, С.В. Бельмер, Ю.С. Апенченко, Н.В. Басалаева, М.М. Гурова, А.А. Звягин, А.А. Камалова, Е.А. Корниенко, А.В. Мызин, Н.В. Герасимова, А.Б. Моисеев, А.А. Нижевич, Д.В. Печкуров, С.Г. Семин, Е.А. Ситникова, Е.С. Дублина, А.И. Хавкин, П.Л. Щербаков, С.И. Эрдес

Часть 1

Определение

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся определенными пищеводными и внепищеводными клиническими проявлениями и разнообразными морфологическими изменениями слизистой оболочки пищевода вследствие ретроградного заброса в него желудочного или желудочно-кишечного содержимого.

Код по МКБ 10 – К 21.0

Под классическое определение ГЭРБ не попадают:

- 1) синдром функциональной рвоты и неосложненные срыгивания у детей раннего возраста;
- 2) функциональный гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР).

Замечание по терминологии. На протяжении многих лет в русском языке использовался термин «гастроэзофагальный», имеющий «классическое» для медицинской терминологии происхождение, образованный от греческого слова «*gastroesophagalis*». Термин «гастроэзофагеальный» пришел в русский язык из английского языка в конце 1990-х годов и практически вытеснил первоначальный вариант. Хотя первый термин правильный с точки зрения медицинской терминологии, вопрос о его возвращении должен стать темой отдельного обсуждения.

Эпидемиология

Истинная частота ГЭРБ у детей неизвестна. Частота выявления рефлюкс-эзофагита у детей с заболеваниями пищеварительной системы составляет, по данным разных авторов, от 8,7 до 17%.

Этиология и патогенез

ГЭРБ – многофакторное заболевание, непосредственная причина которого – ГЭР.

ГЭР означает *непроизвольное* забрасывание желудочного либо желудочно-кишечного содержимого в пищевод, что нарушает физиологическое перемещение пищевого комка и сопровождается поступлением в пищевод не свойственного ему содержимого, способного вызвать физико-химическое повреждение его слизистой оболочки.

Традиционно различают две формы рефлюкса.

1. Физиологический ГЭР (*понятие, имеющее в основном теоретическое значение*): а) встречается у абсолютно здоровых людей любого возраста; б) отмечается чаще после приема пищи; в) характеризуется невысокой частотой (не более 20–30 эпизодов в день) и незначительной длительностью (не более 20 с); г) не имеет клинических эквивалентов; д) не приводит к формированию рефлюкс-эзофагита.

2. Патологический ГЭР (*основа формирования ГЭРБ*): а) отмечается в любое время суток; б) часто не зависит от приема пищи; в) характеризуется высокой частотой (более 50 эпизодов в день); г) ведет к повреждению слизистой оболочки пищевода разной степени выраженности с возможным формированием пищеводных и внепищеводных проявлений.

Кроме того, выделяют:

Кислотный рефлюкс – снижение *pH* в пищеводе до уровня 4,0 и менее вследствие попадания в него преимущественно кислого желудочного содержимого (с экспозицией рефлюктата более 5 мин). Главные повреждающие агенты: пепсин и соляная кислота желудка.

Щелочной рефлюкс – повышение *pH* в пищеводе до уровня более 7,5 при попадании в его полость преимущественно дуоденального содержимого (а также желудочного). Главные повреждающие агенты: компоненты желчи (желчные кислоты, лизолецитин) и панкреатического сока (панкреатические ферменты).

Основные факторы, объясняющие возникновение патологического ГЭР: 1) недостаточность кардии; 2) нарушение клиренса пищевода; 3) нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки.

Недостаточность кардии может быть *относительной и абсолютной*.

Нарушение клиренса пищевода и гастродуоденальная дисмоторика обусловлены в основном морфофункциональной незрелостью вегетативной нервной системы (ВНС) различного генеза, а также воспалительными изменениями слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Согласно 4-му Маастрихтскому консенсусу, инфицирование и эрадикация *Helicobacter pylori* (HP) не играют решающей роли в генезе ГЭРБ.

Вместе с тем, согласно некоторым данным, у детей с эрозивным эзофагитом достоверно чаще встречается инфицирование HP по сравнению с детьми без эзофагита и с катаральным эзофагитом. По другим данным, у HP-позитивных пациентов по сравнению с HP-негативными достоверно чаще обнаруживают метаплазию пищеводного эпителия по кишечному типу (пищевод Барретта).

Предрасполагающие факторы развития ГЭРБ: 1) преимущественно старший школьный возраст; 2) мужской пол; 3) отягощенная наследственность по заболеваниям ЖКТ; 4) органическая патология гастродуоденальной зоны; 5) вегетативная дисрегуляция; 6) паразитарная инвазия; 7) очаги хронической инфекции; 8) ожирение; 9) недифференцированная дисплазия соединительной ткани; 10) скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (СГПОД).

СГПОД оказывает негативное влияние на течение ГЭРБ и достижение положительной динамики на фоне адекватного лечения. Сочетание СГПОД и дуодено-гастрального рефлюкса (ДГР) – фактор риска формирования пищевода Барретта у детей с длительно существующим ГЭР.

Провоцирующие факторы развития ГЭРБ (факторы, способствующие развитию ГЭР): 1) нарушение режима и качества питания; 2) состояния, сопровождающиеся повышением интраабдоминального давления (запоры, неадекватная физическая нагрузка, длительное наклонное положение туловища и т.д.); 3) респираторная патология (бронхиальная астма, муковисцидоз, рецидивирующий бронхит и т.д.); 4) некоторые лекарственные препараты (холинолитики, седативные и снотворные средства, β-адреноблокаторы, нитраты и т.д.); 5) некоторые продукты питания (кофе, газированные напитки, жевательная резинка, кислые блюда, жирная пища и др.); 6) курение, алкоголь; 7) СГПОД; 8) вирусная инфекция (в т.ч. герпетическая), грибковые поражения пищевода.

Патогенез ГЭРБ можно схематично проиллюстрировать с помощью «весов» (аналог «весов» *H. Shey*), рассматривая нарушение равновесия между факторами «агрессии» и факторами «защиты» пищевода. ГЭР (см. провоцирующие факторы): 1) гиперсекреция соляной кислоты; 2) *Helicobacter pylori*?

Факторы «защиты»: 1) физиологические антирефлюксные механизмы (в т.ч. антирефлюксная функция кардии); 2) резистентность слизистой оболочки пищевода; 3) эффективный клиренс пищевода (своевременная эвакуация желудочного содержимого).

Превалирование агрессивных факторов над защитными создает условия для формирования патологического ГЭР и развития ГЭРБ.

Клинические проявления

В структуре клинических проявлений ГЭРБ у детей следует выделять эзофагеальные и экстраэзофагеальные симптомы.

Эзофагеальные симптомы: 1) изжога; 2) регургитация; 3) симптом «мокрого пятна»; 4) отрыжка воздухом, кислым, горьким; 5) одинофагия; 6) дисфагия.

Степень выраженности верхних диспепсических жалоб у детей обусловлена в основном состоянием моторики в зоне пищеводно-желудочного перехода, а не морфологическим состоянием слизистой оболочки пищевода.

Экстраэзофагеальные симптомы представлены жалобами, свидетельствующими о вовлечении в процесс бронхолегочной системы, ЛОР-органов, сердечно-сосудистой системы, зубной эмали. Следствием ГЭРБ может быть также нарушение сна.

Наиболее часто у детей встречается ГЭР-ассоциированная бронхолегочная патология (в частности, бронхообструктивный синдром и бронхиальная астма).

По различным данным, частота ГЭР при бронхиальной астме у детей колеблется в диапазоне от 55 до 80% (в зависимости от критериев, которые использовали различные рабочие группы). Имеются сведения о связи ГЭР с другими заболеваниями бронхолегочной системы: хронической пневмонией, рецидивирующим и хроническим бронхитом, затяжным бронхитом, муковисцидозом.

ГЭР может вызывать развитие респираторных заболеваний двумя путями:

1) *прямым*, когда аспирационный материал (рефлюксат), попадая в просвет бронхов, приводит к развитию дискринии, отека и бронхоспазма вплоть до механической окклюзии;

2) *непрямым* (неврогенным), когда дискриния, отек и бронхоспазм возникают вследствие рефлекса из нижней трети пищевода, замыкающегося на бронхах по афферентным волокнам блуждающего нерва. Этот рефлекс напрямую зависит от степени выраженности эзофагита.

Следует помнить и о возможных побочных эффектах теофиллинов и глюкокортикоидных гормонов, широко используемых в лечении бронхиальной астмы. Эти препараты снижают тонус кардии, провоцируя тем самым прорыв антирефлюксного барьера.

ГЭР-зависимая бронхиальная обструкция может быть заподозрена у детей при следующих обстоятельствах:

1) приступы кашля и/или удушья преимущественно в ночное время, после обильной еды;

2) доказанное сочетание респираторных и «верхних» диспепсических признаков (отрыжка, изжога, регургитация и т.д.);

3) положительный эффект от пробной антирефлюксной терапии (диагностика *ex juvantibus*) в виде быстрого и выраженного уменьшения кашля и других респираторных симптомов в течение 2–3 дней;

4) затяжное течение бронхиальной астмы, несмотря на адекватную базисную терапию.

Оториноларингологические симптомы: постоянное покашливание; «застревание» пищи в глотке или чувство «комка» в горле, развивающиеся вследствие повышения давления в верхних отделах пищевода; чувство першения и охриплости голоса; боли в ухе.

К ГЭР-ассоциированным кардиоваскулярным проявлениям принято относить аритмии вследствие эзофагокардиального рефлюкса.

Имеются данные, указывающие на связь ГЭР с эрозией эмали зубов и развитием кариеса.

Особенности течения ГЭРБ у детей младшего возраста

Дети младшего возраста, страдающие ГЭРБ, чаще предъявляют жалобы на рецидивирующие рвоты, срыгивания. У них нередко выявляют различные «симптомы тревоги»: снижение массы тела, рвота фонтаном, рвота с примесью крови или желчи, а также респираторные нарушения вплоть до развития апноэ и синдрома внезапной смерти.

Частота срыгиваний у детей первого года жизни варьирует в довольно широком диапазоне: от 50–66% в первом полугодии до 5–10% к концу первого года. При оценке степени тяжести срыгиваний целесообразно пользоваться 5-ступенчатой шкалой *J. Vandenplas et al.* (1997):

- **1 балл** – более 5 срыгиваний в сутки объемом более 3 мл.
- **2 балла** – более 5 срыгиваний в сутки объемом до 1/2 количества смеси за одно кормление менее чем в половине кормлений.
- **3 балла** – более 5 срыгиваний в сутки объемом до 1/2 количества смеси, введенного за одно кормление, не чаще, чем в половине кормлений.
- **4 балла** – срыгивания небольшого объема в течение 30 мин и более после каждого кормления.
- **5 баллов** – срыгивания от 1/2 до полного объема смеси не менее чем в половине кормлений.

Патологический ГЭР у детей первого года жизни, согласно литературным данным, встречается с частотой 8–11%. Среди основных причин развития этого состояния: натальная травма шейного отдела позвоночника, аллергия к белкам коровьего молока, лактазная недостаточность, аксиальная грыжа, нарушение вегетативной регуляции.

Многочисленные исследования, проведенные в разных странах мира, не обнаружили связи между выраженностью клинических, гистологических, эндоскопических и *pH*-метрических изменений у детей раннего возраста с ГЭР. У детей этой возрастной группы невозможно судить о наличии и выраженности эзофагита только на основании клинических проявлений. У недоношенных детей поведенческие реакции при рефлюксе, как правило, отсутствуют.

Анкетирование, проведенное среди родителей детей от 1 до 17 лет, страдающих ГЭРБ, показало: более чем у 2/3 из них нарушаются формула сна и пищевые привычки, а почти у каждого второго снижаются социальная активность и школьные успехи.

Диагностика

Внутрипищеводная *pH*-метрия (суточный *pH*-мониторинг)

«Золотой стандарт» диагностики патологического ГЭР – суточное внутрипищеводное *pH*-мониторирование, позволяющее не только зафиксировать рефлюкс, но и определить степень его выраженности, а также выяснить влияние различных провоцирующих факторов на его возникновение и подобрать адекватную терапию.

При оценке полученных результатов используются принятые во всем мире нормативные показатели, разработанные *T.R. DeMeester* (табл. 1).

Показатель <i>pH</i> -мониторинга	Верхняя граница нормы
Общее время с <i>pH</i> менее 4,0, %	4,2
Время с <i>pH</i> < 4,0 в вертикальном положении, %	6,3
Время с <i>pH</i> < 4,0 в горизонтальном положении, %	1,2
Общее число рефлюксов	46
Число рефлюксов продолжительностью более 5 мин	3
Время наиболее продолжительного эпизода рефлюкса, мин	9,2
Обобщенный показатель <i>DeMeester</i>	14,5

Определяют также **индекс рефлюкса (ИР)** – отношение времени исследования с *pH*<4 к общему времени исследования (%). При кислотном рефлюксе нормальные значения ИР составляют 4,45%. **Обобщенный показатель *DeMeester*** в норме не должен превышать 14,5.

Согласно приведенным данным, ГЭР следует считать патологическим, если время, за которое *pH* достигает 4,0 и ниже, составляет 4,2% всего времени записи, а общее число рефлюксов превышает 50.

Хотя первоначально представленные выше показатели были ориентированы на взрослых и детей старше 12 лет, опыт их применения как в нашей стране, так и за рубежом показал возможность их использования во всех возрастных группах.

Эндоскопическое исследование

Данное исследование – определяющее для постановки диагноза ГЭРБ. В ходе эндоскопического исследования есть возможность оценить состояние слизистой оболочки пищевода, а также степень выраженности моторных нарушений в области пищеводно-желудочного перехода. Для наиболее объективной оценки мы предлагаем пользоваться эндоскопическими критериями *G. Tytgat* (1990) в нашей модификации.

Система эндоскопических признаков ГЭР у детей

(по G. Tytgat в модификации В.Ф. Приворотского)

Морфологические изменения

I степень: умеренно выраженная очаговая эритема и/или рыхлость слизистой абдоминального отдела пищевода.

II степень: то же + тотальная гиперемия абдоминального отдела пищевода с очаговым фибринозным налетом, возможно появление одиночных поверхностных эрозий, чаще линейной формы, располагающихся на верхушках складок слизистой.

III степень: то же + распространение воспаления на грудной отдел пищевода; множественные (иногда сливающиеся) эрозии, расположенные не циркулярно. Возможна повышенная контактная ранимость слизистой.

IV степень: язва пищевода. Синдром Барретта. Стеноз пищевода.

Моторные нарушения

А. Умеренно выраженные моторные нарушения в области нижнего пищеводного сфинктера (НПС) (подъем Z-линии до 1 см), кратковременное спровоцированное субтотальное (по одной из стенок) пролабирование на высоту 1–2 см, снижение тонуса НПС.

В. Отчетливые эндоскопические признаки недостаточности кардии, тотальное или субтотальное спровоцированное пролабирование на высоту более 3 см с возможной частичной фиксацией в пищеводе.

С. То же + выраженное спонтанное или спровоцированное пролабирование выше ножек диафрагмы с возможной частичной фиксацией.

Пример эндоскопического заключения: Рефлюкс-эзофагит II-B степени.

Хромозэндоскопия с водным раствором Люголя (10 мл 1–4%-ного раствора йодида калия) позволяет более четко определить место для проведения биопсии. Неизмененный многослойный плоский неороговевающий эпителий пищевода после нанесения красителя приобретает черную, темно-коричневую или зеленовато-коричневую окраску. Отсутствие окрашивания эпителия слизистой оболочки наблюдается при выраженном воспалении, дисплазии, метаплазии и раннем раке.

Гистологическое исследование

Прицельная биопсия слизистой пищевода у детей с последующим гистологическим изучением материала проводится по следующим показаниям: 1) расхождение между рентгенологическими и эндоскопическими данными в неясных случаях; 2) при атипичном течении эрозивно-язвенного эзофагита; 3) при подозрении на метапластический процесс в пищеводе (барреттовская трансформация); 4) папилломатоз пищевода; 5) подозрение на малигнизацию опухоли пищевода. В других случаях необходимость биопсии определяется индивидуально. Следует отметить, что только гистологическое исследование позволяет достоверно оценить наличие или отсутствие метапластических изменений слизистой оболочки пищевода. Рекомендуется максимально широкое проведение биопсии при ГЭРБ.

Наиболее частые варианты гистологического заключения – разные степени воспаления, реже определяются воспалительно-дистрофические изменения, значительно реже – метапластические изменения и дисплазия эпителия, очень редко – признаки злокачественного перерождения.

Гистологическая картина рефлюкс-эзофагита характеризуется гиперплазией эпителия в виде утолщения слоя базальных клеток и удлинения сосочков. Выявляют также инфильтрацию лимфоцитами и плазматическими клетками, полнокровие сосудов подслизистого слоя.

Дисплазия пищеводного эпителия достоверно чаще встречается у детей с кишечной метаплазией по сравнению с пациентами, имеющими желудочную метаплазию; сочетание обоих этих признаков характерно только для детей с пищеводом Барретта.

Рентгенологическая диагностика

Рентгенологическое исследование позволяет выявить ГЭР и структурные нарушения со стороны ЖКТ, к нему предрасполагающие. В современных условиях показанием для рентгенографии является подозрение на аномалии ЖКТ, СГПОД, то есть она имеет дифференциально диагностическое значение.

Проводится исследование пищевода и желудка с барием в прямой и боковой проекциях и в положении

Тренделенбурга с небольшой компрессией брюшной полости. Оценивают проходимость взвеси, диаметр, рельеф слизистой, эластичность стенок, патологические сужения, ампулообразные расширения, перистальтику пищевода, высоту заброса контраста и др.

С помощью контрастной рентгеноскопии есть возможность диагностировать ГЭР (I–IV степени), а также СГПОД. Следует помнить об ограничениях в проведении рентгеноскопических процедур детям до 14 лет.

Интраэзофагеальная импедансометрия

Метод основан на изменении интраэзофагеального сопротивления в результате ГЭР и восстановлении его исходного уровня по мере очищения пищевода. Сочетанная *pH*-импедансометрия – оптимальный метод диагностики ГЭР. Он позволяет выявить любой его вариант и может быть использован для диагностики патологического ГЭР, исследования пищеводного клиренса, определения среднего объема рефлюктата, диагностики СГПОД, дискинезии пищевода, недостаточности кардии. В ходе исследования оценивают также кислотность желудочного сока в базальной фазе секреции. Можно предположить, что сочетанная *pH*-импедансометрия в дальнейшем займет центральное место в диагностическом процессе.

Манометрия пищевода

Манометрия пищевода – один из наиболее точных методов исследования функции НПС. Методика не дает возможности непосредственно выявлять наличие рефлюкса, однако благодаря данному исследованию устанавливают границы НПС, оценивают его состоятельность и способность к релаксации при глотании. В клинической педиатрической практике этот метод применяют редко из-за недостаточного оснащения соответствующей аппаратурой.

Ультразвуковое исследование (УЗИ)

Нормальный диаметр пищевода у детей – 7–10 мм. Диаметр нижней трети пищевода – более 11 мм (во время глотка – 13 мм) – может указывать на выраженную недостаточность кардии и возможное формирование СГПОД. При диаметре более 13 мм (во время глотка 15 мм и более) заключение о СГПОД у детей становится практически достоверным.

В ряде случаев при проведении двойного доплеровского контроля может быть зафиксировано обратное движение жидкости из желудка в пищевод.

Возможности методики в диагностике эзофагита ограничены.

Радионуклидное исследование (желудочно-пищеводная сцинтиграфия)

Согласно литературным данным, задержка изотопа ^{99m}Tc в пищеводе более чем на 10 минут указывает на замедление эзофагеального клиренса. Кроме того, выявление нарушения эвакуации желудочного содержимого указывает на одну из возможных причин развития ГЭР (вследствие повышения интрагастрального давления). В ряде случаев метод позволяет зафиксировать рефлюкс-индуцированную микроаспирацию. По публикациям, чувствительность метода колеблется в широком диапазоне – от 10 до 80%.

План проведения лабораторно-инструментальной диагностики ГЭРБ у детей

Обязательные методы

1. Суточный *pH*-мониторинг пищевода и желудка (при наличии аппаратуры).
2. ФЭГДС с хромоэзофагоскопией и/или биопсией (по показаниям).
3. Гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки пищевода (не менее двух).
4. Контрастная рентгеноскопия верхних отделов ЖКТ (при подозрении на структурные изменения ЖКТ, предрасполагающие к ГЭР, СГПОД).

Дополнительные методы

1. Интраэзофагеальная импедансометрия.
2. УЗИ пищевода.
3. Импульсная осциллометрия дыхательных путей.
4. Определение функции внешнего дыхания.
5. ЭКГ (в т.ч. холтеровское мониторирование).
6. Радиоизотопное исследование пищевода.
7. Манометрия пищевода.

Показаны консультации специалистов: кардиолога, пульмонолога, ЛОР-врача, стоматолога, ортопеда.

Классификация

Общепринятой классификации ГЭРБ как нозологической формы не существует. Предлагается использовать приведенную ниже рабочую классификацию.

Рабочая классификация ГЭРБ у детей

(В.Ф. Приворотский, Н.Е. Луппова, 2006)

- I. Степень выраженности ГЭР (по результатам эндоскопического исследования):
 - ГЭР без эзофагита/ ГЭР с эзофагитом (I–IV степени);
 - степень моторных нарушений в зоне пищеводно-желудочного перехода (А, В, С).
- II. Степень выраженности ГЭР (по результатам рентгенологического исследования):
 - ГЭР (I–IV степени);
 - наличие СГПОД.
- III. Степень выраженности клинических проявлений:
 - легкая;
 - средней тяжести;
 - тяжелая.
- IV. Внепищеводные проявления ГЭРБ:
 - бронхолегочные;
 - оториноларингологические;
 - кардиологические;
 - стоматологические.
- V. Осложнения ГЭРБ:
 - пищевод Барретта;
 - стриктура пищевода;
 - постгеморрагическая анемия.

Пример диагноза. Диагноз основной: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (рефлюкс-эзофагит II-V степени), среднетяжелая форма.

Осложнение: Постгеморрагическая анемия.

Диагноз сопутствующий: Бронхиальная астма, неатопическая, среднетяжелая форма, межприступный период;

Хронический гастродуоденит с повышенной кислотообразующей функцией желудка, *HP* (-), в стадии клинической субремиссии.

Диагноз **ГЭРБ** правомочен в следующих случаях.

- 1) Синдром рвот и срыгиваний у детей раннего возраста с «симптомами тревоги»:
 - повторные рвоты фонтаном;
 - кровь в рвотных массах;
 - рвота с желчью;
 - потеря массы тела;
 - рецидивирующая респираторная патология;
 - эпизоды апноэ после кормления.
- 2) «Пищеводная» симптоматика, доминирующая над другими гастроэнтерологическими жалобами, существенно снижающая качество жизни больного.
- 3) Пищевод Барретта.
- 4) Наличие у ребенка ГЭР-ассоциированных внепищеводных проявлений.

ГЭРБ – гетерогенное заболевание, имеющее различные клинко-морфологические формы. В *таблице 2* приведены пять основных форм заболевания.

Таблица 2

Клинико-морфологические варианты ГЭРБ у детей

Показатель рН-мониторинга	Клиника	ФЭГДС	СГПОД	Гистология	Внепищеводные проявления
ГЭРБ, типичная форма	+	+	+/-	+	+/-
ГЭРБ, эндоскопически негативная форма	+	-	-	+/-	+/-
ГЭРБ, пищевод Барретта	+/-	+	+/-	Метаплазия кишечная+, дисплазия+/-	+/-
Рефлюкс-эзофагит, бессимптомная форма	-	+	+/-	+	-
Рефлюкс-эзофагит, метапластическая форма	+/-	+	+/-	Метаплазия желудочная +	-

Клиника – «верхние» диспепсические признаки (изжога, регургитация, отрыжка и др.).

ФЭГДС – эндоскопические признаки ГЭР (степень выраженности эзофагита).

СГПОД – эндоскопические и /или рентгенологические признаки аксиальной грыжи.

Гистология – признаки воспаления слизистой оболочки пищевода и метаплазии (дисплазии) эпителия пищевода.

Внепищеводные проявления – ГЭР-ассоциированные бронхолегочные заболевания (наиболее частые в детской практике), ЛОР-патология, кардиологические заболевания (нарушения ритма сердца) и др.

ГЭРБ, типичная форма. Диагноз может быть поставлен в тех случаях, когда у больного имеются доминирующие пищеводные жалобы в сочетании с эндоскопически и гистологически подтвержденным эзофагитом. При этом наличие СГПОД и внепищеводных проявлений возможно, но не обязательно. Наличие всех пяти признаков, приведенных в таблице, позволяет рассматривать ГЭРБ как основной диагноз. При наличии наряду с ГЭРБ другого заболевания в стадии обострения (ЯБДК, ХГД и др.) вопрос о ведущем диагнозе решается на основании преобладающей клинической картины на момент обследования.

ГЭРБ, эндоскопически негативная форма. Относительно редкая форма в практике педиатра. Постановка диагноза определяется наличием двух кардинальных признаков: пищеводных жалоб и внепищеводных проявлений. При эндоскопическом исследовании отсутствуют визуальные признаки эзофагита, однако гистологическое исследование не исключает наличия маркеров воспаления в пищеводном биоптате.

ГЭРБ, пищевод Барретта. Кардинальный признак выделения данной формы ГЭРБ – обнаружение при эндоскопическом исследовании очагов метаплазии пищевого эпителия, которые при последующем гистологическом исследовании идентифицируются как участки кишечной метаплазии с возможной дисплазией на фоне воспаления слизистой. При этом наличие клинических проявлений эзофагита, СГПОД, внепищеводных проявлений заболевания возможно, но не обязательно.

Рефлюкс-эзофагит, бессимптомная форма. В основе выделения этой формы ГЭРБ лежат «ножницы» между отсутствием какой-либо специфической пищеводной симптоматики и наличием эндоскопических признаков эзофагита разной степени выраженности. Нередко эти признаки – случайная находка при проведении ФЭГДС по поводу болевого абдоминального синдрома. При этой форме ГЭРБ крайне редко выявляют выраженные моторные нарушения в области кардии, которые чаще всего являются индукторами пищеводных жалоб. Внепищеводные проявления при этой форме отсутствуют.

Рефлюкс-эзофагит, метапластическая форма. По своей сути очень близка к варианту «ГЭРБ, пищевод Барретта». Кардинальное различие заключается в наличии желудочной метаплазии, которая не позволяет отнести данное состояние к пищеводу Барретта.